

**Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja  
psykiatrian poliklinikan yhteistyö ja vanhemmuuden  
tukeminen**

Laura Maria Lintu

Helsingin yliopisto  
Valtiotieteellinen tiedekunta  
Sosiaalityö  
Pro gradu -tutkielma  
Joulukuu 2018

 <div>             HELSINGIN YLIOPISTO              HELSINGFORS UNIVERSITET              UNIVERSITY OF HELSINKI           </div>		
Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion – Faculty Valtiotieteellinen tiedekunta		Laitos – Institution – Department Sosiaalitieteiden laitos
Tekijä – Författare – Author Lintu, Laura		
Työn nimi – Arbetets titel – Title Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja aikuispsykiatrian yhteistyö ja vanhemmuuden tukeminen		
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiaalityö		
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu	Aika – Datum – Month and year 12 - 2018	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 92 s., 1 liitesivu
Tiivistelmä – Referat – Abstract		
<p>Tämän tutkimuksen tavoitteena on jäsentää ja käsitteellistää lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välillä tehtävää moniammatillista yhteistyötä. Aihepiiri on hyvin käytännönläheinen, ja sitä on tutkittu vähän. Tavoitteeni on hahmottaa kentän toimijoiden työtä sekä asiakkuusprosesseja ja liittää siihen tiettyjä käsitteellisiä työkaluja ja teoreettisia avauksia. Vastaan tutkimuksessani seuraaviin kysymyksiin: Millaista lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö on työntekijöiden kertomana?, Millaista vanhemmuuden tukeminen on työntekijöiden kertomana? ja Millaisia mahdollisia ongelmatilanteita moniammatillisessa yhteistyössä ilmenee?</p> <p>Tutkimusaineisto koostuu yhteensä 11 lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja aikuispsykiatrian poliklinikan työntekijän haastattelusta. Haastattelumenetelmänä olen käyttänyt teemahaastattelua ja analyysimenetelmänä teoriasidonnaista sisällönanalyysia. Lisäksi olen peilannut aineistoa suhteessa kompleksisuusajattelun ja pirullisten ongelmien teoretisointeihin etsiessäni aineistosta erilaisia ongelmatilanteita ja kehittämiskohteita.</p> <p>Tutkimuksen perusteella kaupungin ohjeistuksen mukainen lastensuojelun ja psykiatrian poliklinikan välinen verkostoneuvottelu toteutuu osan kohdalla. Verkostoneuvottelu on foorumi, jossa tehdään arviota asiakkaan tilanteesta sekä sovitaan työnjaosta. Yhteistyön laatuun vaikuttaa niin asenteisiin kuin käytännön työhön liittyvät tekijät. Varsinaisen yhdessä työskentelyn sijaan näyttäisi olevan tyypillisempää, että kukin toimijataho keskittyy omaan osaansa kokonaisuudesta. Kummankin organisaation työntekijöillä on paljon tietoa ja osaamista vanhemmuuden tukemiseen liittyen. Samoin keinot, kuten puheeksi ottaminen, sisältävät samoja elementtejä. Toisaalta lastensuojelun keskeisin tehtävä on huomioida lapsen etu ja vastaavasti psykiatrian poliklinikan tehtävä on hoitaa ja kuntouttaa vanhempaa yksilönä. Tämän vuoksi vanhemmuuden tukeminen haastaa palvelujärjestelmän ja luo tarpeen rakentaa yhteistyötä kahden eri organisaation välille.</p> <p>Yhteistyöhön vaikuttavat suuresti rakenteelliset tekijät. Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan rakenteissa erityispalvelua tarjoavina yksikköinä on paljon samaa, mutta tarkemmassa tarkastelussa voidaan havaita myös lukuisia eroavaisuuksia. Yksi isoimmista eroista on psykiatrian poliklinikalla annettavan hoidon perustuminen vapaaehtoisuuteen. Lastensuojelun rooli viranomaisena on erilainen. Lisäksi lastensuojelussa arviointi on lapsi- ja perhekohtaista, eikä siihen ole olemassa juurikaan ohjeistusta. Lastensuojelu nojaa vahvasti yhteistyökumppaneilta saatavaan tietoon, jolloin lastensuojelun työntekijöiden motivaatio yhteistyöhön suuri. Psykiatrian poliklinikan rooli palvelujärjestelmässä on taas huomattavasti erikoistuneempi ja rajatumpi. Psykiatrialla on vankka ja legitiimi tietopohja, joka perustuu tieteelliseen tutkimukseen. Lisäksi poliklinikan sisällä on mahdollista tehdä erilaista erottelua esimerkiksi suhteessa asiakkaiden diagnooseihin. Eroavaisuudet luovat toimintaympäristöön jännitteitä ja kompleksisuutta asiakkaiden monimutkaisten ongelmatilanteiden lisäksi.</p> <p>Nykyisen kaltaisella moniammatillisella yhteistyöllä pystytään todennäköisimmin auttamaan asiakkaita, joiden ongelmat ovat suhteellisen lyhytkestoisia tai selkeitä. Tämän lisäksi asiakkaan on suhtauduttava avun vastaanottamiseen myönteisesti. Lisäksi asiakkaalla on oltava riittävä toimintakyky. Sen sijaan vaativien ongelmatilanteiden tunnistaminen ja tuloksellinen työskentely edellyttäisivät entistä tiiviimpää moniammatillista yhteistyötä. Työntekijät eivät välttämättä hyödy uusista ohjeistuksista, vaan huomion tulisi kiinnittyä itse yhteistyöprosesseihin. Yhteistyön edellytysten luominen ei voi jäädä yksittäisten työntekijöiden vastuulle, sillä tarkasteluun tulisi ottaa muun muassa taloudelliseen resursointiin, lainsäädäntöön sekä palveluiden erilaisiin tausta-ajatuksiin liittyvät tekijät. Tulisi myös pohtia olisiko lastensuojelun avohuollon sosiaalityön tiimien syytä olla moniammatillisia, koska terveydenhuollon resurssin saaminen mukaan työskentelyyn ei aina onnistu yrityksistä huolimatta.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Moniammatillinen yhteistyö, lastensuojelu, mielenterveyspalvelut, vanhemmuus, kompleksisuus		

# Sisällys

1. Johdanto.....	4
2. Mielenterveysongelmat ja vanhemmuus .....	9
2.1 Vanhemman oireilun vaikutukset .....	9
2.2 Vanhemmuuden tukeminen .....	13
3. Moniammatillinen yhteistyö sektoroituneessa palvelujärjestelmässä.....	16
3.1. Moniammatillisuuden käsitteestä .....	16
3.2 Sosiaali- ja terveysala kompleksisena toimintaympäristönä.....	20
3.3 Monimutkaiset asiakastilanteet kompleksisessa toimintaympäristössä .....	26
4. Tutkimuksen toteuttaminen .....	30
4.1 Tutkimustehtävä ja -kysymykset.....	30
4.2 Teemahaastattelut.....	31
4.3 Aineiston analyysi.....	33
4.4 Tutkimuseettiset kysymykset .....	38
5. Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan yhteistyö.....	40
5.1. Millaisia asiakkaita palveluissa kohdataan.....	40
5.2 Yhteistyön eri muodot työntekijöiden kuvaamana .....	44
5.3 Yhteistyön onnistumiset ja riskikohdat.....	47
5.4 Tiedon rooli työskentelyssä .....	52
5.5 Työntekijöiden erilaiset positiot.....	56
6. Työskentely vanhemmuuden tukemiseksi .....	63
6.1 Vanhemmuuden tukeminen psykiatrian poliklinikalla .....	63
6.2 Vanhempien mielenterveyteen liittyvä problematiikka lastensuojelussa .....	66
7. Kompleksisen toimintaympäristön ongelmatilanteet .....	69
7.1 Yhteistyön organisatoriset reunaehdot.....	70
7.2 Asiakkuuksiin liittyvien ongelmatilanteiden ilmeneminen aineistossa.....	73
8. Tulosten pohdinta .....	82
Kirjallisuus.....	87
Liite 1 .....	93

## 1. Johdanto

Mielenterveyden ongelmat koskettavat monia suomalaisessa yhteiskunnassa. Vuonna 2017 Kansaneläkelaitos myönsi lähes 67 000 ihmiselle sairauspäivärahaa psykiatrisen diagnoosin perusteella, mikä vastasi noin 20 prosenttia kaikista kyseisen etuuden saajista (Kelan sairausvakuutusilasto 2017). Vuonna 2017 työeläkejärjestelmän työkyvyttömyyseläkkeellä oli 153 000 henkilöä, joista suurimman ryhmän muodostavat mielenterveyssyistä eläkkeellä olevat (42 prosenttia). Mielenterveysongelmista masennus on suurin yksittäinen eläkkeelle siirtymisen syy ja vuonna 2016 kaksi kolmasosaa masennusperustaisista eläkkeistä myönnettiin naisille. Mielenterveysongelmien yhteydessä eläkkeelle siirrytään keskimääräistä nuorempana ja paluu työelämään on muita sairausryhmiä vaikeampaa. (Eläketurvakeskus.)

Työelämän ohella mielenterveysongelmilla on vaikutusta myös perhe-elämään ja vanhemmuuteen. Aikuisten ongelmat heijastuvat lapsiin. Alkuun on kuitenkin hyvä todeta, että suurin osa lapsista kehittyy normaalisti perheissä, joissa vanhempi on psyykkisesti sairas. Lapsi voi myös kehittyä joissain asioissa etevämmäksi kuin joku toinen lapsi, jolla ei ole ollut samoja vaikeitakin haasteita. Mielenterveyteen liittyvät ongelmat voivat kuitenkin pahimmillaan aiheuttaa suuria ja hyvin pitkäkestoisia ongelmia vanhemmuuteen. (Solantaus 2001b, 50) Tällaisia ongelmatilanteita kohdataan tämän tutkimuksen kohteena olevissa lastensuojelun avohuollon sosiaalityön toimipisteissä sekä aikuispsykiatrian poliklinikoilla. Lisäksi osalla näistä asiakkaista on asiakuus kumpaankin organisaatioon, jolloin heillä on tarve kummankin organisaation tarjoamille palveluille. Työntekijöillä taas on tarve tehdä organisaatorajat ylittävää moniammatillista yhteistyötä asiakkaiden auttamiseksi.

Tässä tutkimuksessa pyrin kuvaamaan, jäsentämään ja käsitteellistämään lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välistä moniammatillista yhteistyötä ja

vanhemmuuden tukemista työntekijöiden kuvausten perusteella. Tarkastelen myös yhteistyössä ilmeneviä ongelmatilanteita sekä hahmottelen niitä suhteessa kompleksisuusajatteluun. Kiinnostukseni aihetta kohtaan on herännyt toimiessani jo useamman vuoden ajan sosiaalityöntekijänä lastensuojelun avohuollossa. Aiemmin olen perehtynyt aiheeseen keväällä 2016 käytäntötutkimuksessa, jonka laadin osana sosiaalityön syventäviä opintoja. Tuolloin tutkin sitä, millaisena asiakasvanhempien mielenterveysongelmat ilmenevät lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä. Tutkimusta varten haastatellut sosiaalityöntekijät kertoivat, ettei heillä ole koulutuksensa puolesta riittävää osaamista mielenterveysongelmista. Suunnitelmallisen moniammatillisen yhteistyön katsottiin toteutuvan vain sattumanvaraisesti. Sosiaalityöntekijät kaipaivat lisätukea työlleen ja haastateltavien mukaan lastensuojelun avohuollon sosiaalityötä olisi mahdollista kehittää tiivistämällä yhteistyötä mielenterveyspalveluiden kanssa. (Lintu 2016, 19, 23.)

Samanaikaisesti useita eri palveluita tarvitsevat asiakkaat ja sosiaalihuollon vaativuus ovat nousseet tärkeiksi kysymyksiksi sote -uudistuksen sekä perhe- ja lapsipalveluiden muutosohjelman (LAPE) yhteydessä. Aloittaessani tutkimusta minulla ei ollut tiedossa, että aihepiiriin perehdyttäisiin vuosien 2017 - 18 aikana LAPE -ohjelman yhteydessä tehdyn valtakunnallisen kyselyn muodossa. Kysely kohdistettiin lapsi ja perhepalveluissa työskenteleville sosiaalityöntekijöille ja sen tulokset on julkaistu otsikolla *Monimutkaiset ja erityistä osaamista edellyttävät asiakastilanteet sosiaalityössä – Valtakunnallisen kyselyn tuloksia* (Yliruka ym. 2018.) Kyselyn tulokset ovat monin paikoin yhtenevät tutkimukseni tulosten kanssa. Samoin kuin tutkimuksessani, kyselyssä on lähdetty kartoittamaan sosiaalihuoltoon liittyvää kompleksisuutta sekä sitä, miten sitä voitaisiin hallita entistä paremmin.

Tutkimukseni empiirinen osa paikantuu Helsingin kaupungin lastensuojelun avohuollon sosiaalityöhön sekä psykiatria- ja päihdekeskuksissa tehtävään työhön. Kaiken kaikkiaan Helsingissä toimii seitsemän lastensuojelun avohuollon sosiaalityön toimipistettä, joihin ohjaututaan oman asuinalueen sijainnin perusteella. Lastensuojelulain (13.4.2007/417) 13 b pykälän mukaan lastensuojelun asiakkaana olevalle lapselle on nimettävä hänen asioistaan vastaava sosiaalityöntekijä, jonka tulee olla sosiaalihuollon ammattihenkilöistä annetussa laissa tarkoitettu sosiaalihuollon ammattihenkilö. Työntekijästä käytetään nimitystä vastuusosiaalityöntekijä.

Lastensuojelun avohuollossa tarjottava sosiaalityö perustuu asiakassuunnitelmaan, jollainen on lastensuojelulain (13.4.2007/417) pykälän 30 mukaan laadittava jokaiselle asiakkuudessa olevalle lapselle tai nuorelle. Asiakassuunnitelmaan kirjataan ne olosuhteet ja asiat, joihin pyritään vaikuttamaan, lapsen ja hänen perheensä tuen tarve, palvelut ja muut tukitoimet, joilla tuen tarpeeseen pyritään vastaamaan, sekä arvioitu aika, jonka kuluessa tavoitteet pyritään toteuttamaan. Asiakassuunnitelmaan on kirjattava myös asianomaisten eriävät näkemykset tuen tarpeesta ja palvelujen sekä muiden tukitoimien järjestämisestä. Asiakassuunnitelma on tarkistettava tarvittaessa, kuitenkin vähintään kerran vuodessa.

Vastaavasti Helsingissä on neljä täysi-ikäisille tarkoitettua psykiatria – ja päihdekeskusta. Ne on nimetty maantieteellisen sijainnin mukaan, mutta tosiasiasa asiakkaan on mahdollista valita haluamansa toimipiste. Mielenterveyteen liittyvissä asioissa asiakkuus psykiatria- ja päihdekeskuksen psykiatrian poliklinikalla edellyttää lääkärin lähetettä. Päihdearvioon voi hakeutua myös ilman lähetettä ja halutessaan myös päivystyksellisesti ilman ajanvarausta. Lisäksi vakavissa psykiatrisissa kriisitilanteissa on mahdollista ottaa yhteyttä suoraan poliklinikan akuuttityöryhmään. Psykiatrian poliklinikan asiakkaille laaditaan hoitosuunnitelma sekä nimetään vastuutyöntekijä.

Tutkimuksen kohteena olevien organisaatioiden tekemää työtä on ohjeistettu niin lainsäädäntö- kuin kaupunkitasolla. Lastensuojelulain (13.4.2007/417) pykälän 2 mukaan lapsen vanhemmilla ja muilla huoltajilla on ensisijainen vastuu lapsen hyvinvoinnista. Lapsen vanhemman ja muun huoltajan tulee turvata lapselle tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi siten kuin lapsen huollosta ja tapaamisoikeudesta annetussa laissa säädetään. Lastensuojelulaissa kuitenkin todetaan, että lasten ja perheiden kanssa toimivien viranomaisten on tuettava vanhempia ja huoltajia heidän kasvatustehtävässään ja pyrittävä tarjoamaan perheelle tarpeellista apua riittävän varhain sekä ohjattava lapsi ja perhe tarvittaessa lastensuojelun piiriin. Lastensuojelun on tuettava vanhempia, huoltajia ja muita lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaavia henkilöitä lapsen kasvatuksessa ja huolenpidossa järjestämällä tarvittavia palveluja ja tukitoimia.

Vanhemmuuden tukeminen on huomioitu paitsi lastensuojelulaissa niin myös terveydenhuoltoa koskevassa lainsäädännössä. Terveystenhuoltolain (30.12.2010/1326) pykälä 70 ohjaa ottamaan lapsen huomioon aikuisille suunnatuissa palveluissa. Laki

ohjaa terveydenhuollon viranomaisia turvaamaan raskaana olevia naisia ja heidän vielä syntymättömiä lapsiaan yhteistyössä sosiaalihuollon viranomaisten kanssa. Samoin laki ohjaa selvittämään lapsen hoidon ja tuen tarvetta sekä turvaamaan riittävän hoidon ja tuen, kun lapsen vanhempi, huoltaja tai muu lapsen hoidosta ja kasvatuksesta vastaava henkilö saa päihdehuolto- tai mielenterveyspalveluja tai muita sosiaali- ja terveydenhuollon palveluja, joiden aikana hänen kykynsä huolehtia lapsen hoidosta ja kasvatuksesta arvioidaan heikentyneen.

Lisäksi Helsingin kaupunki on laatinut vuonna 2016 ohjeen lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöistä sosiaali- ja terveysviraston (nykyisin sosiaali- ja terveystoimiala) työntekijöille. Ohjeessa on kuvattu palveluketjut lastensuojelun, psykiatria- ja päihdepalvelujen sekä terveysasemien kesken. Tavoitteeksi asetetaan selkeä, jatkuva ja hyvin verkostoitunut yhteistyö perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Työskentelyn lähtökohtana on, että vanhemman vointi ja toiminta vaikuttaa lapseen. Työskenneltäessä vanhemman kanssa tulisi lapsen tilanne ja vanhemmuus ottaa aina puheeksi. (Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016, 2.)

Toimintaohje on jaettu sisällöllisesti kolmeen osaan, jotka ovat lastensuojelu ja päihdehoito, lastensuojelu ja psykiatrinen hoito perusterveydenhuollossa sekä lastensuojelu ja psykiatrinen erikoissairaanhoito. Psykiatrisen hoidon perusterveydenhuollossa tulisi edetä seuraavasti, kun ohjaavana tahona on ollut lastensuojelu. Terveystoimiala arvioi asiakkaan hoidon tarvetta puhelimitse. Tämän jälkeen voidaan pitää ensitapaaminen, johon asiakkaan lisäksi osallistuu lääkäri tai psykiatrinen sairaanhoitaja sekä lastensuojelun työntekijä. Tämän jälkeen asiakkaan tilannetta arvioidaan yhdellä tai kahdella hoitokäynnillä psykiatrisen sairaanhoitajan luona. Tällöin voidaan todeta, ettei jatkotyöskentelylle terveysasemalla ole tarvetta tai vaihtoehtoisesti asiakkaalle tarjotaan vielä yhdestä kolmeen hoitokäyntiä. (Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016, 5.)

Tämän pidemmän hoitokäynneistä muodostuvan arviointijakson lopputulos vaihtelee. Voi olla, ettei asiakkaalla ole tarvetta jatkotyöskentelylle terveyspalveluissa, omalääkäri jatkaa asiakkaan asioiden hoitamista tai asiakkaasta tehdään lähete psykiatriseen erikoissairaanhoitoon psykiatria- ja päihdekeskuksen psykiatrisen poliklinikalle.

Vaihtoehtoisesti voidaan edetä myös niin, että lääkäri tekee arvionsa perusteella suoraan lähetteen psykiatria- ja päihdekeskuksen psykiatrian poliklinikalle. Poliklinikalla arvioidaan joka tapauksessa vielä sitä, että aloitetaanko asiakkuus vai palautetaanko vanhempi terveysaseman asiakkuuteen. Riippumatta jatkotoimenpiteistä, tulisi hoitavan tahon raportoida arviointi- ja hoitajakson yhteenveto lastensuojelulle esimerkiksi yhteistapaamisessa. (Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016, 5.)

Yhteistyökäytäntöjä koskevan ohjeen mukaan silloin, kun lastensuojelussa on havaittu vanhemman vakavaa psyykkistä oireilua tai ilmeistä hoidon tarvetta, tulee psykiatrinen arviointi tehdä psykiatrian poliklinikalla ilman normaalia lähetekäytäntöä. Kyse voi olla esimerkiksi käynnistä olevasta palvelutarpeen selvityksestä tai lapsen kiireellisestä sijoittamisesta. Palvelutarpeen arvioinnista vastaava työntekijä tekee pyynnön psykiatrian poliklinikalla tehtävään psykiatriseen arviointiin kahden viikon kuluessa palvelutarpeen arvioinnin käynnistämisestä. Tällöin psykiatrinen arviointi tulee suorittaa kahdessa kuukaudessa, jotta se ehtii valmistua palvelutarpeen selvityksen lakisääteisen määräajan kuluessa. Lastensuojelusta taas tulee olla yhteydessä psykiatrian poliklinikan lähetehoitajaan. (Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016, 6.)

Ohjeen mukaan silloin, kun lapsi/lapset on kiireellisesti sijoitettu, tulee sosiaalityöntekijän mennä vanhemman kanssa ensimmäiselle vastaanotolle mukaan ja arviointi tehdään kahden kuukauden kuluessa. Arviointijakso käynnistyy samoin kuten edellä eli yhteydenotolla poliklinikan lähetehoitajaan. Sen sijaan lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijän tekemät kiireettömät arviointipyynnöt noudattavat perusterveydenhuollosta alkavaa prosessia. On myös huomioitava, että vakavissa akuuteissa kriisitilanteissa (esimerkiksi itsemurhayritykset) psykiatrisen erikoissairaanhoidon arviointi ja hoito voidaan aloittaa myös ilman lähetettä psykiatria- ja päihdekeskuksen akuuttityöryhmässä. (Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016, 6.)

Ohjeen lopussa todetaan, että silloin, kun lastensuojelun asiakasperheen vanhempi on myös psykiatria- ja päihdepalvelujen asiakas, tulee asiakkaan asioissa pitää aina verkostoneuvottelu. Neuvottelussa tulee sopia perheelle tarjottavasta



kokonaisvaltaisesta tuesta ja hoidosta. Neuvottelu tulisi pitää asiakkuuden varhaisessa vaiheessa ja mahdollisimman pian ongelmien tultua esiin. Lastensuojelulla ja psykiatria- ja päihdepalveluilla on yhteinen vastuu verkostoneuvottelun toteuttamisesta. Kulloisenkin tilanteen arvioimiseksi ja perheen tuen vahvistamiseksi lastensuojelu ja psykiatria- ja päihdepalvelut tekevät tarvittaessa yhteisiä työparikotikäyntejä asiakkuudessa olevan perheen luokse. (Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016, 7.)

Tutkimukseni aineistoa ovat viidelle lastensuojelun sosiaalityöntekijälle ja kuudelle psykiatrian poliklinikan työntekijälle (eri ammattien edustajia) tekemäni yksilöhaastattelut. Haastatteluhetkellä työntekijät toimivat Helsingin sosiaali- ja terveysvirastossa. Rakennan tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen käsitteellistämällä moniammatillista yhteistyötä sekä mielenterveysongelmien mahdollisia vaikutuksia vanhemmuuteen ja vanhemmuuden tukemista (luvut 2 ja 3). Hahmottelen myös sosiaali- ja terveysalaa kompleksisena toimintaympäristönä sekä sitä, millaisia ongelmia kompleksisissa toimintaympäristöissä ilmenee (luku 3). Luvussa neljä avaan tutkimuksen tavoitetta tarkemmin, käsittelen eettisiä kysymyksiä sekä kuvaan aineistonkeruuta ja tekemääni analyysia. Aineiston empiirisessä osassa vastaan kysymyksiin siitä, millaista lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö on (luku 5) ja millaista vanhemmuuden tukemiseksi tapahtuva työskentely on (luku 6). Tutkimuksen seitsemännessä luvussa tarkastelen keräämääni aineistoa suhteessa kompleksiiivisuusajatteluun sekä kokoan yhteen tutkimuksen tuloksia. Tutkimukseni päättyy jatkotutkimusaiheiden ja kehittämisehdotusten pohdintaan.

## **2. Mielenterveysongelmat ja vanhemmuus**

### **2.1 Vanhemman oireilun vaikutukset**

Mielenterveysongelmien yleisyys on todettu jo johdannossa. Lönnqvistin & Lehtosen (2017, 30) mukaan psykiatrian palveluista olisi hyötyä neljäsosalle väestöstä, jolla on

psykykkisiä kuormitusoireita. Varsinaista psykiatrista hoitoa tarvitsee elämänsä aikana noin joka kymmenes kansalainen. Mielenterveysongelmat kohtaavat usein myös vanhemmuuden kanssa, sillä suurella osalla psykiatrisista potilaista on lapsia. Tähän on perehdytty muun muassa Leijalan ym. (2001) tutkimuksessa, joka käsittelee Seinäjoella toteutettua hanketta, jossa pyrittiin vahvistamaan lasta suojaavia tekijöitä ja tukemaan perheen jaksamista. Kirmanen (2000) on kartoittanut asiaa Imatralla. Kummassakin tapauksessa alaikäisiä lapsia oli noin neljäsosalla psykiatrisen avohoidon ja päihdehoidon potilaista. Kaiken kaikkiaan on kiistatonta, että vanhemman mielenterveysongelmat vaikuttavat vanhemmuuteen. Joskaan vaikutukset eivät lopulta ole yksiselitteisiä. Kyseessä on varsin monisyinen ja kompleksinen vuorovaikutussuhde. Vanhemmuuden arvioinnissa ja tukemisessa tulisi tämän vuoksi ottaa huomioon sekä perheiden elämään vaikuttavia rakenteellisia tekijöitä, kuten esimerkiksi perheen sosioekonominen tausta, että psykologisia tekijöitä. Vanhemmuus voi vaihdella samassakin perheessä jopa lapsen iän, sukupuolen ja persoonallisuuden piirteiden mukaan. Samoin on merkityksellistä, miten vanhemman ja lapsen persoonallisuus sopii yhteen. (Achtergarde ym. 2015, 169.)

Vanhemman saama diagnoosi ei myöskään välttämättä ole ratkaisevassa roolissa. Vanhempien mielenterveysongelmien vaikutusta lasten psyykkiseen oireiluun on tarkasteltu esimerkiksi laajassa 22 maata koskevassa tilastollisessa WHO:n aineistoon perustuvassa tutkimuksessa vuodelta 2012. Tutkimuksen mukaan vanhemman oireilu on lapsen kannalta vahva riskitekijä, mutta sinällään melko epäspesifi. Eli vanhemman tietäntyyppinen oireilu ei ”aiheuta” lapsessa tietäntyyppistä oireilua, vaan lasten oireilun kirjo on suurempi. Tällöin kyse voi olla pikemminkin vanhemman psyykkisten ongelmien vaikutuksesta vanhemmuuteen, kuin siitä, mikä mielenterveyden häiriö vanhemmalla on. Haasteet vanhemmuudesta eivät välttämättä vaihtelee lasten oireilun kannalta suuresti vanhemman sairauden mukaan. (McLaughlin ym. 2012, 298–299.) Samoin Solantauksen (2001, 21–26) mukaan vanhemman saama diagnoosi ei ole niin merkittävä, kuin se, miten sairaus vaikuttaa lapsen ja vanhemman väliseen suhteeseen ja vanhemmuuteen.

Vaikutukset lapseen voivat olla suoria tai epäsuoria. Suorat vaikutukset voivat liittyä esimerkiksi perimään ja mahdollisiin riskitekijöihin raskausaikana. Epäsuorat

vaikutukset taas liittyvät sosioekonomisiin kasvuolosuhteisiin ja niissä mahdollisesti ilmeneviin riskitekijöihin. Negatiivinen kehä syntyy puolestaan siitä, jos edellä mainittujen seikkojen vuoksi lapsi alkaa oireilla asettaen vanhemmuudelle erityisiä vaatimuksia. (Achtergarde ym. 2015, 169.) Onkin mahdollista, että vanhemman psyykkinen häiriö ja siitä mahdollisesti aiheutuvat ongelmat ovat lapselle niin kuormittavia, että lapsen oma oireilu alkaa jo lapsuudessa. Toisaalta vaikutukset voivat ilmetä vasta myöhemmin elämässä, jolloin ongelmat siirtyvät ylisukupolvisesti. Kaiken kaikkiaan psyykkisesti sairaiden vanhempien lasten riski sairastua itse psyykkisesti vaihtelee tutkimustiedon perusteella 10–80 %. Erkolahden ym. (2000) kartoituksessa 45 % lastenpsykiatrisessa poliklinisessä hoidossa olevista lapsista ja 70 % osastohoidossa olevista lapsista oli vanhemmat, joista ainakin toisella oli itsellään mielenterveyden ongelmia.

Edellä esitetyt rajoituksen huomioiden esitän joitain mahdollisia vanhemmuuden haasteita, joita eri mielenterveysongelmien yhteydessä on tyypillisesti ajateltu esiintyvän. Kaiken kaikkiaan psyykkisistä ongelmista kärsivän vanhemman tunnereaktiot sekä tapa ajatella ja toimia ovat usein poikkeavia. Ne ovat joiltain osin kytköksissä sairauden tai häiriön laatuun. Vaikeudet näkyvät vanhemmassa esimerkiksi ilmeissä, olemuksessa, toimeliaisuuden määrässä, puheessa ja hymyn määrässä. Ne saattavat myös vaihdella hetkestä ja päivästä toiseen. Toisinaan vanhempi on ennakoitavissa ja toisinaan ei. (Solantaus 2001b, 37.)

Yleisyydestään huolimatta yhtenä vanhemmuuden kannalta hankalimpana vaivana voidaan pitää masennusta. Syy tähän on mahdollisesti se, että masentuneella vanhemmalla on vaikeuksia pitää yllä lämpimiä tunnesuhteita sekä osoittaa rakkautta ja hyväksyntää. Masennus voi myös tyypillisesti uusiutua, jolloin perhetilanne voi jatkua pitkään vaikeana. Lapsen ei ole myöskään välttämättä helppoa tunnistaa masennuksen oireita vanhemman sairaudeksi, kun taas joidenkin muiden häiriöiden kohdalla vanhemman käytöksen poikkeavuus on selvemmin havaittavissa. Tällöin myös lapsen elämässä olevat aikuiset mahdollisesti selittävät niitä lapsille todennäköisemmin. (Solantaus 2001, 24.)

Masentuneen vanhemman voi olla vaikea vastata arjen sujumisesta kotitöistä koulunkäynnin tukemiseen. Perheen sosiaalinen kanssakäyminen voi näivettyä.

Vanhempi voi olla ärtyisä ja konfliktitilanteita muiden perheenjäsenten kanssa voi ilmetä. Vanhemman maailmankuva voi olla hyvin pessimistinen ja aktiviteettitaso matala. Lapsi voi joutua pohtimaan vanhemman itsemurhan mahdollisuutta. Tämä kaikki vaikuttaa lapsen ja on arvioitu, että vakavaa masennusta sairastavien vanhempien lapsista noin 40 % kärsii psykiatrisesta häiriöstä ennen 20 ikävuotta, 25 ikävuoteen mennessä riski kasvaa 60 %. Häiriöt ovat myös vaikeampia ja alkavat nuorempina kuin muiden vanhempien lapsilla tai muista häiriöistä kärsivien lapsilla. Lisäksi lasten sairastumisriski vaikuttaisi olevan kohonnut, vaikka vanhempi olisi hoidossa. (Solantaus 2001b, 40–46, Solantaus 2001a, 22.)

Tämän tutkimuksen kontekstissa tulos on mielenkiintoinen. Lastensuojelun asiakasvanhempia tavatessa vaikuttaisi siltä, että ainakin jonkin asteinen masennus on enemmän sääntö kuin poikkeus. Monella vanhemmalla on myös omassa taustassaan erittäin vaikeita kokemuksia jo lapsuudesta alkaen. Samaan aikaan suhtautuminen masennukseen voi olla yhteiskunnan ja palvelujärjestelmän taholta jopa vähättelevä. Osalla asiakkaista on ollut käytössä jopa vuosikausia jatkunut masennuslääkitys ilman muita tukitoimia ja hyvin minimaalisella lääkärin valvonnalla. Vaikutus vanhemmuuteen, alaikäisiin lapsiin ja sosiaalisten ongelmien syntyä voi olla kuitenkin suuri. Mielenterveysongelmien vaikuttaessa heikentävästi vanhemmuuden laatuun terveydelliset ongelmat ja sosiaaliset ongelmat kietoutuvat pirullisella tavalla toisiinsa.

Masennuksen ohella myös muiden mielenterveyden häiriöiden vaikutuksia vanhemmuuteen on tutkittu. Hoitamattoman psykoosisairauksien kohdalla lapsen fyysinen hoiva vaarantuu vakavasti. Vanhemman käytös voi olla kummallista ja vanhempi voi olla kyvytön olemaan kontaktissa. Toisaalta vanhempi voi keskustella omien sisäisten ääntensä kanssa. Vanhempi voi myös käytöksellään kietoa lapsen oman psykoottiseen maailmaansa ja lapsi alkaa elää todeksi vanhemman harhoja. Vanhemman persoonallisuushäiriön kohdalla aikuisen käytös taas voi olla arvaamatonta ja vanhemman voi olla vaikea asettua lapsen asemaan. Perheissä voi olla eroja ja tätä myöten myös huoltajuuskiistoja. (Koivisto & Kiviniemi 2001, 184, 174–175.)

Mielenterveyshäiriön laatu voi myös vaikuttaa siihen, onko henkilöllä lapsia ylipäättään vai ei. Esimerkiksi nuorella aikuisuudessa puhkeava skitsofrenia voi vaikuttaa niin, että parisuhde jää kokonaan solmimatta. Masennus taas puhkeaa usein lasten syntyessä.

Aiheesta on kuitenkin vain vähän tutkimustietoa. (Solantaus 2001a, 21.) Lopuksi todettakoon, että eri mielenterveyshäiriöihin liittyy erilaisia haasteita ja sitä myöten vaikutukset vanhemmuuteen ovat erilaiset. Nämä vaikutukset ovat kuitenkin riippuvaisia lukuisista eri tekijöistä liittyen niin sosiaalisiin kuin psykologisiin tekijöihin vanhemman ja lapsen elämässä.

## **2.2 Vanhemmuuden tukeminen**

Vanhemmuuden vaikutuksen lapsen psyykkiseen hyvinvointiin ja mahdolliseen oireiluun on todettu olevan suuri. Muihin riskitekijöihin verrattuna se on kuitenkin myös tekijä, johon on mahdollista vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalveluissa. (Achtergerde 2015, 168.) Tuen tarjoamisen näkökulmasta huolimatta perheiden yksityisyyteen puuttuminen tavalla tai toisella on kuitenkin aina eettisesti jännittynyttä. Lastensuojelussa alettiin 1970- ja 1980-luvun vaihteessa painottaa perhekeskeistä työskentelytapaa, missä lähtökohtana on ajatus siitä, että jokainen perheenjäsen vaikuttaa omalla toiminnallaan koko perheeseen ja vastaavasti taas perhe kokonaisuutena kuhunkin yksittäiseen perheenjäseneen. Tämän ajattelutavan myötä painottui entistä enemmän ajatus koko perheen tukemisesta ja siitä, että lapsi tulisi erottaa perheyhteydestään vain viimesijaisena toimenpiteenä. (Kolari 1996, 76.) Hurtig (2003) on nimennyt vanhemman kautta tapahtuvan lapsen auttamisen tiheän auttamistavan malliksi.

Malli rakentuu näkemykselle, jonka mukaan tarve läheissuhteeseen on lapsen ensisijainen tarve ja tämän vuoksi lapsen auttaminen vanhemman kautta nousee työskentelyn keskiöön. Vanhemman hyötyessä avusta, ajatellaan lapsenkin hyötyvän. Tällöin on kuitenkin vaarana, että asiakaslapsen rooli voi jäädä vähäiseksi ja passiiviseksi. Lapsi ikään kuin jätetään odottamaan sitä hyötyä, jonka vanhemmat ovat ehkä työskentelyn myötä saaneet. Samoin lapsista saatava tieto on usein suodattunutta ja ammattilaisten ja vanhempien yhdessä luomaa. (Hurtig 2003, 37–40.) Toisaalta kriittisistä näkökulmista huolimatta vanhemmuuden tukemisen ensisijaisuus pohjautuu tiukasti myös lainsäädäntöön. Lastensuojelulaki painottaa vanhempien vastuuta lastensa

huolenpidosta ja vastaavasti lastensuojelun sosiaalityön velvollisuutta tarjota siihen tukitoimia esimerkiksi ennen huostaanottoon ryhtymistä.

Lastensuojelutyössä on tuttua kritiikki joko liian vähän ja liian myöhään – tekemisestä, mutta myös liiallisesta ja jopa mielivaltaisesta puuttumisesta ihmisten elämään. Tällöin kritiikki voikin kohdistua myös siihen mikä ylittää oikeuttaa viranomaiset puuttumaan perheiden yksityisyyteen. Onhan lopulta myös normaalin ja mielenterveydeltään häiriintyneen raja aina suhteellinen ja sopimuksenvarainen. (Lönngqvist & Lehtonen 2017, 31.) Hämäläisen (2011, 47, 63–64) mukaan kyseessä on monisyinen vyyhti, jossa tulisi tarkastella perheen itsemääräämisoikeutta, lapsen etua ja yhteiskunnallisen hyödyn periaatteita sekä niiden kompleksisia suhteita. Lopulta kyse on yhteiskuntaeettisestä kysymyksestä. Perusteluita yhteiskunnalliselle puuttumisella on mahdollista esittää useita. Voidaan esimerkiksi ajatella, että moderni elämänmuoto asettaa lasten hoidolle ja kasvatukselle vaatimuksia, joita perheet eivät aina pysty täyttämään. Voidaan myös perustella, että perheillä on oikeus tukeen. Modernin lastensuojelutyön vastaus tähän on kuitenkin lapsen oikeuksien ja lapsen edun periaatteen korostaminen, vaikkakin samaan aikaan myös niiden epämääräisyys ja tulkinnallisuus tunnustetaan.

Suomessa on omaksuttu aikojen saatossa laaja lastensuojelunäkemykset. Sen mukaan myös niitä hyvinvointipalveluja, joilla ehkäistään ja lievitetään perheiden psykososiaalisia ongelmia, pidetään osana lastensuojelun kokonaisuutta. Pelkän puuttumisen sijaan tavoitteena on aktiivisesti ennaltaehkäistä ongelmien syntyä. Julkisen ja yksityisen elämänpiirin raja ei ole tällöin niin jyrkkä, perheinterventiot kuuluvat luontevasti yhteiskunnan toimintatapaan, eikä niiden oikeutusta kyseenalaisteta. (Hämäläinen 2011, 50.) Tämän tutkimuksen kontekstissa voidaan siis ajatella, että myös psykiatrian poliklinikan työntekijät tekevät lastensuojelutyötä tukiessaan asiakkaidensa vanhemmuutta.

Aikuisille suunnattujen mielenterveyspalveluiden osalta haasteena voidaan kuitenkin nähdä yhteistyön vähäisyys lastensuojelun kanssa ja sitä myöten lasten näkymättömyys. Vastuu aikuisista ja lapsista on jakaantunut eri palveluihin ja tämän vuoksi voi syntyä käsitys, että jokin asia on jo hoidossa toisaalla. Lasten ja vanhemmuuden huomioimisessa on kuitenkin edetty asteittain ja isompi havahtuminen asiaan on

tapahtunut viimeistään 2000-luvulle tultaessa. Tämä on tarkoittanut mielenterveyspalveluiden osalta yhteistyön tekemistä lastensuojelun kanssa, lasten pyytämistä mukaan tapaamisiin ja sen tiedostamista, että myös lapsilla saattaa olla hoitoa vaativaa oireilua. Jatkuvana haasteena voidaan kuitenkin nähdä lasten psyykkisten häiriöiden ennaltaehkäisy. (Solantaus 2001b, 49–51.)

Vanhemman tukeminen mielenterveysongelman käsittelyssä lapsen kanssa tai asian käsittely suoraan lapsen kanssa on tärkeä tuen muoto. Se on myös asia, jossa niin lastensuojelun avohuollon kuin psykiatrian poliklinikan työntekijät voivat olla tukemassa vanhempaa ja perhettä. Solantauksen (2001b, 48–49) mukaan lapsille ei ole perinteisesti yleensä avattu aikuisen psyykkisiä ongelmia. Vanhempi voi esimerkiksi pyrkiä suojaamaan lasta kertomattomuudella. Seurantatutkimuksissa, joissa on tutkittu psyykkisesti sairaitten vanhempien lapsia tulee kuitenkin voimakkaasti esille toive siitä, että lapsille kerrottaisiin mistä on kysymys. Tätä teemaa on käsitellyt muun muassa Jähi (2001, 56), joka on tutkinut niiden aikuisten kokemuksia, jotka ovat varttuneet perheessä, jossa vanhemmalla on psyykkisiä ongelmia. Yksi kertomuksissa esiin nouseva keskeinen aihepiiri oli lapsen vaikeus ymmärtää ja hahmottaa aikuisen sairautta.

Samoin Inkinen ja Santasalo (2001, 111–112) kuvaavat artikkelissaan sitä, millaista apua aikuiset, jotka ovat varttuneet perheessä, jossa vanhemmalla oli mielenterveysongelmia, olisivat toivoneet itselleen ja perheelleen. Heidän kertomansa perusteella yhteinen kokemus oli ollut, ettei heitä oltu juurikaan otettu huomioon. He joutuivat muodostamaan käsityksen tilanteesta itsenäisesti. Hyvin samantyyppisiä havaintoja on myös tehnyt Ervast (2001) haastatellessaan 6–11-vuotiaita lapsia liittyen siihen millaisia ovat heidän kokemuksensa vanhemman sairastaessa psyykkisesti.

Vanhemman sairauden puheeksi ottamisella perheessä pyritään auttamaan lasta ymmärtämään omia kokemuksiaan, oikaisemaan mahdollisia väärinkäsityksiä sekä vahvistamaan tai palauttamaan perheenjäsenten välistä tunnesuhdetta. Jos sairastunut vanhempi ei itse pysty tähän, on toisen vanhemman rooli merkittävä. Perhesuhteissa voi kuitenkin olla monenlaisia vaikeuksia ja tällöin merkittäväksi nousee myös palvelujärjestelmän kyky työskennellä koko perheen kanssa. Lasta suojaaviksi tekijöiksi on tunnistettu myös arjen sujuminen ja turvallisuus sekä hyvä suhde joko sairaaseen tai

toiseen vanhempaan. Lisäksi kodin ulkopuolinen elämä on tärkeää. Siellä lapsen on mahdollista hyötyä suhteesta turvalliseen aikuiseen esimerkiksi koulussa, kaverisuhteista ja harrastuksista. (Solantaus 2001b, 29–30, 47, Solantaus 2001a, 25.)

Vanhemman psyykkinen sairaus on lapsen kannalta riskitekijä. Negatiiviset vaikutukset eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä, vaan kyse on pikemminkin useiden hyvin erilaisten tekijöiden yhteisvaikutuksesta. Samoin palvelujärjestelmän tarjoamat tuen muodot vanhemmuudelle ovat myös jakautuneet monen eri sektorin ja eri ammattinimikkeiden alle tuoden ilmiöön lisää kompleksisuutta. Tutkimukseni kohteena olevat lastensuojelun avohuollon sosiaalityö ja aikuispsykiatrian poliklinikka ovat tästä hyvä esimerkki.

### **3. Moniammatillinen yhteistyö sektoroituneessa palvelujärjestelmässä**

#### **3.1. Moniammatillisuuden käsitteestä**

Moniammatillista yhteistyötä sosiaali- ja terveysalalla on käsitteellistetty ja tutkittu paljon. Moniammatillisen yhteistyön käsitettä alettiin käyttää 1980-luvun loppupuolella. Suomessa se vakiintui 1990-luvulla. (Pärnä 2012, 51, Isoherranen 2008, 45–46, 33.) Oman tutkimukseni aihepiiriä ei ole aiemmassa tutkimuksessa juurikaan käsitelty. Hotarin & Metterin (2010, 7) mukaan organisaatioiden välisiä yhteistyökysymyksiä ylipäättään on tutkittu vähemmän kuin yhden organisaation toimintaa sosiaali- ja terveyspalveluissa. Tutkimusten valtaosa koskee esimerkiksi jonkin tietyn yksikön, kuten vaikkapa sairaalan tai tiimin, sisällä tapahtuvaa työskentelyä. Yhteistyön lisäksi mielenkiintoisena käsitteenä tämän tutkimuksen kannalta voidaan pitää käsitettä yhteisiasiakkuus. Tutkimusta suunnitellessani ajattelin aluksi keskittyä siihen, mutta arvioin keräämäni aineiston antavan kuitenkin paremmat edellytykset nimenomaan monialaisen yhteistyön tarkastelulle.

Suomessa termiä yhteisiasiakkuus ovat käyttäneet muun muassa Kiuru ja Metteri (2014, 146, 158), tutkiessaan nuorisopsykiatrisesta sairaalayksiköstä kerättyä potilasaineistoa



ja sitä mitä ominaispiirteitä nuorisopsykiatrian ja lastensuojelun yhteisasiakkuuteen näyttäisi liittyvän. Kirjoittajat hyödyntävät systeemiteoreettista näkökulmaa ja kiinnittävät huomiota etenkin eri toimintayksiköiden väliseen rajaan. Rajapinnoille näyttäisi muodostuvan yksiköiden sisäisistä asiakkuuksista eriytyviä asiakkuusprosesseja. Tämän vuoksi kirjoittajat korostavat, että tarkasteltaessa yhteisasiakkuutta, tarkastellaan ennen kaikkea yhteisasiakkuusilmiön taustalla olevan verkoston toimintaa. Erityiset asiakkuuksien ja palvelujärjestelmien nivelkohdat ovat kiinnostavia.

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välisessä yhteistyössä joudutaan ylittämään erilaisia raja-aitoja enemmän, kuin yhden organisaation sisällä toimivan moniammatillisen tiimin kohdalla. Sinänsä lastensuojelun avohuolto ja psykiatrian poliklinikka ovat osa samaa suurta sosiaali- ja terveystoimialaa (aineiston keräämisen aikaan vielä sosiaali- ja terveystoimialaa). Toisaalta taas niiden voidaan nähdä olevan melko etäällä toisistaan ja selkeästi omia organisaatioitaan, kun niitä arvioidaan suhteessa siihen, miten organisaatioita on määritelty teoreettisesti. Organisaatiot käsitetään tällöin sosiaalisina toimintajärjestelminä ja rakenteita, joiden avulla koordinoitaan toimintaa. Ne perustuvat vuorovaikutukselle ja niiden ajatellaan muodostuvan toisistaan riippuvaisista ihmisistä, jotka yhdessä harjoittavat tavoitteellista toimintaa. Tehtävien suorittaminen ja tavoitteiden saavuttaminen edellyttävät työnjakoa ja työntekijöiden välistä tiedonvaihtoa. Lisäksi organisaatiolle muodostuu oma kulttuuri, mikä ilmenee muun muassa tavassa tehdä yhteistyötä organisaation sisällä ja erityisesti toisen organisaation kanssa. (Schein 1987, 23–27.)

Käytännön yhteistyössä kohtaavat erilaisten organisaatioiden lisäksi myös erilaiset ammattialat. Tutkimuksen aineistonkeruuvaiheessa sain haastateltavaksi niin sairaanhoitajia, lähihoitajia kuin sosiaalityöntekijöitäkin. Lisäksi asiakkaiden verkostoon kuuluu lääkäri sekä mahdollisesti psykologi, toimintaterapeutti ja perhetyön sosiaaliohjaaja tai kuntouttavan kotisairaanhoidon työntekijä. Silloin kun verkosto laajenee lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan ulkopuolelle, voi erilaisten ammattien kirjo olla vielä suurempi.

Puustisen (2001, 26) mukaan yhteiskuntatieteellisessä määrittelyssä termiä professio käytetään viittaamaan ”sellaiseen arvostettuun ammattiin, jonka ominaispiirteisiin

kuuluu abstrakti, spesialisoitunut tietoperusta, suhteellisen paljon harkintavaltaa työssä, auktorisoitu asema suhteessa asiakkaisiin ja toisiin ammattiryhmiin sekä usein pyrkimys edistää ”yleistä hyvää”. Suhteutettuna tähän määritelmään asiakkaan verkostossa toimivat ammattiryhmät eroavat toisistaan, mikä myös vaikuttanee yhteistyöhön. On esimerkiksi tyypillistä, että ”toisen sana painaa enemmän kuin toisen”. Pahimmillaan professiot voivat tuoda näkyviin tiedon spesialisoitumisen liittyviä negatiivisia vaikutuksia ja sitä, kenellä on valtaa ja oikeus nimetä ja määritellä ongelmia. On myös olemassa teoretisointia professioiden välisestä kilpailusta. Lisäksi erityisesti sosiaali- ja terveysalaan liittyvänä haasteena on nähty yksin tekemisen perinne. Nämä seikat huomioon ottaen moniammatillisuus voi olla jopa uhkana ammatillisuudella ja häiriö, joka rikkoo vallitsevaa järjestystä. (Pärnä 2012, 36, Andrew Abbot 1988, 18, 82, 35, Vainisen 2011, 50 mukaan, Isoherranen 2012, 30.)

Isoherranen (2012, 14–57) esittää väitöskirjassaan laajan katsauksen moniammatillisen yhteistyön teoreettisiin taustoihin. Kirjoittajan mukaan moniammatillista yhteistyötä on sosiaali- ja terveysalalla määritelty ja kehitetty useista teoreettisista viitekehysistä. Painotukset määritelmässä kuvastavat niitä toimintaympäristöjä, joihin määritelmät on laadittu. Moniammatillista yhteistyötä on tutkittu ja määritelty sosiaali- ja terveysalalla muun muassa organisaatioteorioiden, professioteorioiden, työn sosiologian, tiimityön sekä erilaisista käsitteen teoreettis-käytännöllisistä malleista lähtien. Lisäksi erityisesti Suomessa on käytetty usein kehittävän työntutkimuksen viitekehystä, joka perustuu kulttuurihistorialliseen toiminnan teoriaan.

Pärnän (2012, 49–50) mukaan moniammatillisuuden määritelmässä painotetaan usein joko asiakaslähtöisyyttä, tiimirakennetta, synteesisimäistä ajattelutapaa, vuorovaikutuksellisuutta, yhteistä tavoitteenasettelua, luottamusta tai yhteistä toimintaa. Omassa tutkimukseni pohjaan Isoherrasen (2008, 34) määritelmään moniammatillisuudesta:

*”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalalla asiakas-/potilaslähtöisenä työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan potilaan elämän koko-naisuus ja hänen hoito- ja hoivapolkunsä. Yhteisessä tiedonkäsittelyssä eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot kootaan yhteen. Vuorovaikutusprosessissa rakennetaan tapaus-kohtainen tavoite ja yhteinen käsitys (jaettu sosiaalinen kognitio) potilaan tilanteesta, tarvittavista toimenpiteistä ja ongelmien ratkaisusta. Tiedon kokoaminen yhteen ta-pahtuu joustavasti, sovituilla välineillä ja/tai*

*foorumeilla sovituin toimintaperiaattein. Asiakas/potilas ja/tai hänen läheisensä ovat tarvittaessa mukana keskustelussa.”*

Se soveltuu mielestäni tämän tutkimuksen viitekehykseen melko hyvin. Pidän määritelmää käyttökelpoisena lastensuojelun ja aikuispsykiatrian poliklinikan välisen yhteistyön arvioimiseen, sillä se lähtee liikkeelle asiakkaasta ja tämän yksilöllisestä tilanteesta. Tämän lisäksi se painottaa kokonaisuuden huomioimisen merkitystä niin asiakkaan elämissä kuin palvelujärjestelmänkin osalta. Tältä osin se nivoutuu hyvin yhteen myös jatkossa esiteltävän kompleksisuusajattelun kanssa. Toisaalta taas se voi olla samasta syystä liiankin idealistinen kuvaus yhteistyöstä ja sen laadusta tilanteessa, jossa Isoherrasen (2008, 36–37) mukaan on kyse pikemminkin poikkihallinnollisesta verkostotyöskentelystä.

Sosiaali- ja terveydenhuollon viranomaisverkosto koostuu hyvin erilaista auttajista ja erilaisista toimintakulttuureista. Palvelujärjestelmä on organisoitu ja sektoroitu hoitoa vaativien oireiden ja ongelmien mukaisesti. Leinon (1995, 56) mukaan tähän vaikuttavat tausta-ajatukset ovat fordistisessa vaiheistetussa palvelutuotannossa. Ositetulla työnjaolla on sosiaali- ja terveysalalla toisaalta paljon annettavaa rajattujen alueiden osaamisen kehittämisessä. Samalla kuitenkin rajattu tehtävämääritys voi johtaa siihen, että omaan professioon kuulumattomia tehtäviä voidaan rajata pois. Kun samaan aikaan eri viranomaiset yrittävät kehittää omaa professiotaan yhä tarkemmin rajattuun suuntaan, ei se voi olla vaikuttamatta kokonaisvaltaisten ratkaisujen löytämiseen asiakkaiden ongelmatilanteissa. On mahdollista, että asiakkaat saavat yhä vähemmän kokonaisvaltaista apua.

Kukin sektori näkee asiakkaan elämästä hyvin erilaisia asioita ja näitä näkemyksiä voi olla vaikea sovittaa yhteen. Auttaminen pohjautuu valikointiin ja tulkintaan, jolloin erilaiset viitekehykset saavat työntekijät näkemään tiettyjä asioita. (Mönkkönen 1996, 62.) Asiakkaan sopivasti rajautuneeseen ongelmaan löytyy hoitojärjestelmästä rajautunut vastuu ja sitä myöten selkeä toimintamalli. Ongelmien ollessa eriytymättömiä ja vaativan monenlaista asiantuntemusta, ne eivät näytä rajautuvan kenenkään vastuualueelle. Tällöin palvelujärjestelmän tarjoama apu voi olla epäyhtenäistä, vaikeasti ennakoitavaa ja jopa epäjohtonmukaista. (Leino 1995, 77.) Erikoistuminen ja

osaoptimointi voivat johtaa asiantuntijuuden kapea-alaiseen vahvistamiseen monialaiseen yhteistyöhön panostamisen sijaan (Yliruka ym. 2018, 59).

Isoherrasen (2012, 30) mukaan moniammatillinen, integroitu ja laaja-alainen ovat jo nyt terveydenhoidossa tavanomaista termistöä. Siitä huolimatta vaikuttaisi kuitenkin olevan vaikeaa luoda käytäntöjä, joissa syntyy hybridisiä, moninäkökulmaisia kokonaisuuksia ja jaettuja merkityksiä toiminnan kaikilla eri tasoilla. Tästä seuraa väistämättä haasteita, kun samaan aikaan asiakastyössä kohdataan yhä monimutkaisempia ongelmia, joiden ratkaisemisessa ammattilaiset ovat entistä riippuvaisempia toisistaan. Sen lisäksi, että ongelmat jäävät ratkaisematta, päällekkäisestä ja ristiriitaisuuksia sisältävästä työskentelystä seuraa sekaannusta ja tehottomuutta.

Joskus käy niin, että sektoroitunut palvelujärjestelmä näkee arjen kokonaisvaltaisuuden moniongelmaisuutena. Moniongelmaisuus ilmaantui työntekijöiden kielenkäyttöön 1980-luvulla ja joidenkin näkemysten mukaan sillä on pyritty ilmaisemaan ennen kaikkea sitä, kuinka asiakkaiden pulmat punoutuvat lopulta yhteen moniulotteisemmin, kuin yksiongelmaisuuteen suuntautunut fordistinen palvelutuotannon malli oletti. (Arnkil 1991, 163.) Erilaisten ongelmien mukaan organisoidut viranomaisverkostot voivat kuitenkin pahimmillaan muodostaa myös syrjäyttäviä viranomaisketjuja, joita pitkin on mahdollista siirrellä ”toivottomia asiakkaita” taholta toiselle. Ketjun lopusta löytyy usein sosiaalityö muodossa tai toisessa viimesijaisena auttajatahona, jossa ei ole enää mahdollisuutta valikoida asiakkaita. (Mönkkönen 1996, 60.) Tämän tutkimuksen viitekehyksessä määritelmä istuneen hyvin etenkin lastensuojelun avohuollon sosiaalityöhön ja luo oman lisävärinsä psykiatrian poliklinikan kanssa tehtävään yhteistyöhön.

### **3.2 Sosiaali- ja terveysala kompleksisena toimintaympäristönä**

Tutkimuksessani hahmottelen lastensuojelun avohuollon sosiaalityötä ja psykiatrian poliklinikkaa kompleksisenä systeiminä. Kompleksisuuden käsitettä on hyödynnetty jonkin verran terveydenhuoltoa koskevissa tutkimuksissa, mutta se on kytketty harvoin sosiaalityöhön tai lastensuojeluun. Vakiintuneen ajattelun mukaan

kompleksisuusteorian juuret ovat luonnontieteissä 1960-luvulta alkaen, vaikkakin samoja teemoja on käsitelty hyvin monien eri ajattelijoiden ja teorioiden piirissä Platonista Marxiin (Stevens & Cox 2008, 1321.) Sitten ajattelu on laajentunut yhteiskuntatieteisiin ja varsinainen läpimurto tapahtui 1990-luvulla ja kompleksisuusteoreettisten lähestymistapojen käyttö monilla tieteenaloilla on lisääntynyt voimakkaasti koko 2000-luvun. Kompleksisuusajattelua on hyödynnetty esimerkiksi kansainvälisessä hallinnon tutkimuksessa jo pitempään, kun taas Suomessa kiinnostus on lisääntynyt vasta viime vuosina. (Hanén 2017, 115, Mertala 2011, 47 ja Vartiainen ym. 2014, 53–54, 11–12.)

Kompleksisuusajattelun suhde systeemiteoreettiseen ajatteluun on kaksijakoinen. Kompleksisuusajattelun ajatellaan usein polveutuvan systeemiteoreettisista suuntauksista, mutta Hanén (2017, 88–89) huomauttaa kompleksisuusajattelun olevan hyvin vanhaa perua ja jo systeemiteoreettisia pohdintoja edeltävältä ajalta. Toisaalta kysymys ei ole olennainen. Sen sijaan voidaan todeta, että systeemiteorian roolina näyttää olleen toimiminen eräänlaisena alustana kompleksisuustieteiden yhtenäistämiseksi 1900-luvun puolivälistä alkaen. Kompleksisuusajattelu eroaa aiemmista systeemiteoreettisista suuntauksista.

Hanén (2017, 77–79, 115) on perehtynyt väitöskirjassaan kompleksisuuden käsitteeseen kirjallisuuden perusteella. Kompleksisuusnäkökulmaa hyödyntävä empiirinen tutkimus on sosiaalitieteiden alueella toistaiseksi vähäistä ja metodologia kehittymätöntä. Kompleksisuus levittyy monelle tieteenalalle sekä niiden sisällä monelle tutkimusalalle, eikä kompleksisuuden käsitteestä ole yhtenevää käsitystä. Kompleksisuusteoria ei aina pidetä erityisteorianä, vaan metateorianä sekä monitieteisenä lähestymistapana. Käsitteitä kompleksisuustieteet, kompleksisuusteoria ja kompleksisuusajattelu käytetään usein toistensa synonyymeina. Lopulta eri tieteenalojen mielenkiinnon kohteena on kompleksisuuden ilmiö, jolloin moniulotteisuudesta johtuen osuvinta on käyttää käsitettä kompleksisuusajattelu. Käsite kompleksisuusajattelu ilmaisee tiettyyn ilmiökenttään liittyvää tapaa ajatella.

Perinteisesti systeemin ajatellaan olevan erillisistä osista muodostuva kokonaisuus. Systeemin toimintaa ajatellaan voitavan ymmärtää ja kehittää analysoimalla erikseen jokaista osaa ja liittämällä sitten nämä analyysit yhteen. Osa-alueiden tuntemisen kautta

voidaan myös odottaa ennakoitavissa olevia vaikutuksia. (Vartiainen ym. 2014, 63, Jalonen, 2006, 115.) Kompleksisuusajattelussa taas keskitytään ympäristönsä kanssa vuorovaikutuksessa oleviin avoimiin systeemeihin, joissa on sisällä useita keskinäisessä vuorovaikutuksessa olevia osia (Hanén 2017, 79). Kompleksiivisuusajattelussa keskitytään sen tarkasteluun, miten eri tekijät ovat vuorovaikutuksessa, vaikka osien vaikutusta toisiinsa ja kokonaisuuteen on vaikea mallintaa (Mertala 2011, 51). Systeemien ollessa avoimia ja sopeutuvia, voi pienikin muutos jollain alueella vaikuttaa ennalta arvaamattomalla tavalla toisaalla tai olla vaikuttamatta mitenkään. Kompleksiivisuusajattelussa kiinnitetään huomiota myös ajallisuuteen ja jatkuvaan muutokseen. Tämän vuoksi esimerkiksi tietty ymmärrys tai ratkaisu johonkin ongelmaan on pätevä vain tietyssä tilanteessa ja tiettyinä aikana. (Stevens & Hassett 2007, 135, Stevens & Cox 2008, 1323.)

Kompleksisuusajattelussa eivät päde yksinkertaistavat kausaalisuhteet, eivätkä lineaariset aika- ja seurauskäsitykset. Sen sijaan järjestelmiä tulisi tarkastella kokonaisuuksina tunnustaen kausaalisuhteiden vaikeaselkoisuus ja ennustamattomuus. Eri osa-alueiden vuorovaikutuksen seurauksena voi myös ilmaantua uusia osa-alueita, joita ei olisi voitu päätellä pelkästään osien perusteella. (Hanénin 2017, 78.)

Vartiainen ym. (2014, 130, 51) mukaan on jopa niin, että kun organisaatioita tarkastellaan kompleksiiivisuuden näkökulmasta, saadaan tietoa siitä miten organisaatiot todella toimivat. Kun niitä sen sijaan tarkastellaan pelkästään konemaisina systeemeinä, saadaan tietoa lähinnä siitä, miten niiden toivottaisiin toimivan. Kompleksisuuden käsitteen avulla on mahdollista hahmotella, miksi yhteiskunnalliset ja sosiaaliset ilmiöt taipuvat huonosti määrittelyihin ja hallintaan. Käsitteen avulla on mahdollista kuvata, selittää ja pyrkiä hallitsemaan kompleksisia ilmiöitä tuomalla näkyväksi erilaisten systeemien toimijoiden, toimintaprosessien, suhteiden ja systeemiympäristöjen yhteyksiä ja rajapintoja. (Mertala 2011, 51.)

Kompleksisuusajattelua on mahdollista hahmotella useiden kompleksiseen systeemiin kuuluvien käsitteiden kautta. Keskeisiä käsitteitä ovat esimerkiksi epälineaarisuus, kytkeytyminen, keskinäisriippuvuus ja itseorganisoituminen. (Mitleton-Kelly 2003, 27, Hanén 2017, 77–78.) Kompleksisissa systeemeissä systeemin osien vuorovaikutuksesta ajatellaan syntyvän muuta, kuin eri osien yhteenlaskettu kokonaisuus. Tätä prosessia

selitetään itseorganisoitumisen ja emergenssin käsitteiden avulla. Itseorganisoitumisella viitataan prosesseihin, jotka muuttuvat ilman ulkoista pakottamista tai ilman, että muutoksille olisi näkyvä syy. Tätä myöten voi tapahtua emergenssiä, jolla viitataan uusien ennakoimattomien prosessien syntymiseen kuin itsestään. Eri tekijöiden välisestä vuorovaikutuksesta syntyy jotain uutta. Usein tällaisia innovaatioita ei voi suunnitella etukäteen, vaan niiden synnylle voidaan ainoastaan luoda otollisia tilaisuuksia. (Vartiainen ym. 2014, 63, 134, 141.)

Hanénin (2017, 94) mukaan kompleksinen muutos ei ole ennakoitavissa, eikä sen kausaliiteetti hahmotettavissa. Muutos ei synny välttämättä lineaarisesti, vaan se ilmaantuu (emergeituu) muuttujien toisiinsa kietoutumisen seurauksena. Tämän vuoksi sen syistä ja seurauksista on vaikea tehdä päätelmiä. Ilmaantuminen voi olla kvalitatiivisesti tai kvantitatiivisesti yllättävää, joka tulkitaan usein sattumaksi. Lisäksi kompleksinen ilmiö ei ole palautettavissa osiinsa, vaan sitä on tarkasteltava holistisesti. Asiat ovat kietoutuneet toisiinsa, minkä vuoksi itse tilanteessa on vaikea tunnistaa kaikkia kietoutuman muuttujia. Jälkikäteen on vaikea arvioida, mikä vaikutus eri asioilla oli lopputulokseen lopulta oli.

Tähän liittyen lienee syytä kysyä, mitä ”epävarmuustieteeksikin” nimitetyllä kompleksisuusteorialla ja –ajattelulla on antaa sosiaali- ja terveysalan tutkimukselle. Hanénin (2017, 116) mukaan kompleksisuusteoreettisella lähestymistavalla voidaan saavuttaa lisäarvoa dynaamisten tilanteiden tutkimisessa. Kompleksiivisuus sopii yhteiskuntatieteisiin hyvin, sillä yhteiskuntatieteellisen tutkimuksen kohteet ja ilmiöt ovat useimmiten ei-lineaarisia ja siten yksinkertaisten kausaliiteettien ulottumattomissa. Sosiaalisten ongelmien tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita yksilöiden, yhteisöjen ja erilaisten instituutioiden tasolla tapahtuneista pienistä muutoksista, jotka kertautuessaan voivat aiheuttaa merkittäviä yhteiskunnallisia ongelmia. Tähän liittyy myös se, että ihmisten käyttäytyminen on ennakoimaton, eri ilmiöt ovat kytkeytyneitä toisiinsa, minkä lisäksi kentälle ilmaantuu myös uusia ilmiöitä. (Harvey 2001.)

Sosiaalihuollossa kohdattaville ilmiöille on ominaista, että ratkaisut eivät ole minkään yksittäisen ammattialan käsissä. Tilanteet vaativat ratketakseen useammanlaisen osaamisen ja palveluiden yhdistämistä toimivaksi kokonaisuudeksi. (Yliruka ym. 2018, 64.) Vartiainen ym. (2014, 55) ottavat esimerkiksi nuorten syrjäytymisen estämisen

yhtenä esimerkkinä ilmiöstä, jossa voidaan törmätä haasteisiin silloin, kun ajattelussa turvaudutaan reduktionismiin. Sosiaali-, terveys- ja koulutoimi sekä vapaaehtoissektori toimivat kukin oman näkemyksensä mukaan. Tästä seuraa, että niiden pitää päästä yhteiseen näkemykseen siitä, miten syrjäytymistä voitaisiin ehkäistä kokonaisvaltaisesti. Tällöin voi käydä jopa niin, että vallitsevan hallintorakenteen organisaatio- ja sektorirajat voivat haitata ongelmien ratkaisemista. Lapsiin ja lapsiperheisiin liittyvät kysymykset ovat usein monitahoisia ongelmakokonaisuuksia, joiden seurauksena syntyy hankalasti määriteltävissä olevia tilanteita. Tällöin tarvitaan usein usean viranomaistahon peräkkäistä ja/tai päällekkäistä toimintaa. (Eriksson & Arnkil 1995, 2.)

Seuraavaksi esittelen muutamia esimerkkejä siitä, miten kompleksisiivisuutta on tarkasteltu sosiaali- ja terveysalan tutkimuksessa. Stevens & Cox (2008, 1323–1324) ovat peilanneet tiettyjä kompleksisuusajattelun peruskäsitteitä suhteessa lastensuojelun sosiaalityöhön ja etenkin pyrkimyksiin vähentää lapsiin kohdistuvaa kaltoinkohtelua ja riskien arviointiin. Heidän mukaansa esimerkiksi perhesysteemissä on nähtävissä yllätyksellisiin lopputuloksiin johtavaa itseorganisoitumista. Tämä tekee erityisen vaikeaksi ennustaa sitä, milloin ja missä perheessä lasten kaltoinkohtelua tapahtuu, vaikkakin tietyt siihen johtavat tekijät olisivat tiedossa.

Stevensin & Coxin (2008, 1324–1327) mukaan kompleksisessa toimintaympäristössä niin asiakkaat kuin työntekijätkin tarvitsevat mallinnuksia noudatettavissa prosesseista. Se muodostaa kuitenkin riskin silloin, jos ajatellaan, että tiettyä prosessia noudattamalla päästään aina tiettyyn ennustettavissa olevaan lopputulokseen. Kirjoittajien mukaan tämän kaltaisen toiminnan sijaan, tulisi hahmotella useampia mahdollisia skenaarioita, mitä esimerkiksi jostain tietynlaisesta puuttumisesta perheen elämään seuraa. Työntekijöiden olisi myös pidättäydyttävä ennakoimasta liian tarkkaan, mikä niistä toteutuu. Kaiken kaikkiaan työssä tulisi huomioida useita eri tekijöitä yhtä aikaa sekä tarkkailla niissä tapahtuvia muutoksia työntekijöihin liittyvät tekijät mukaan lukien. (ks. myös Stevens & Hassett 2007, 128–129.)

Stevens & Cox (2008, 1327–1331) ovat arvioineet myös Iso-Britanniassa eri vuosikymmeninä tehtyä lastensuojelutyötä ja lapsen kuolemaan johtaneita kaltoinkohtelutapauksia suhteessa kompleksisiivisuuteen. Kirjoittajat kiinnittävät huomioita siihen, että heidän tutkiessaan lasten kuolemantapauksia 1960-luvulta 2000-



luvulle toistuivat viranomaisten raporteissa huomiot siitä, että eri viranomaisten välinen kommunikaatio ja yhteistyö oli puutteellista. Raporteissa kuitenkin katsotaan, että ongelmaan voidaan vastata lisäämällä lineaariseen ajatteluun perustuvia toimintakäytäntöjä, kuten esimerkiksi lisäämällä työntekijöille ylhäältäpäin tapahtuvaa ohjausta. Tällöin tausta-ajatuksena tuntuu olevan, että sosiaalityöntekijöille jää vähemmän tilaa tehdä virheitä.

Stevens & Cox (2008, 1327–1331) kuitenkin haastavat nämä toimenpiteet riittämättöminä, koska heidän mukaansa ne yksinkertaistavat liikaa. Tiukan ohjeistuksen myötä sosiaalityöntekijöillä jää myös vähemmän aikaa ja tilaa seurata tilanteiden kehittymistä ja muokata toimintaansa perheiden tarpeiden mukaan. Voi myös ajatella, että uusi ohjeistus tai toimintatapa on validi vain, jos jokin tilanne toistuu myöhemmin samanlaisena, mikä on kuitenkin kompleksiivisuusajattelun mukaan mahdotonta (Stevens & Hassett 2007, 135). Stevensin & Hassettin (2007, 130, 135, 143) mukaan lastensuojelutyössä näkyy ylipäättään vahvasti usko positivismiin ja lineaariseen ajatteluun. Sen sijaan työntekijöiden tulisi kyetä näkemään ikään kuin isompi kuva jostain kokonaisuudesta, sekä pystyä hyväksymään se, että jatkuva muutos on normi. Samoin esimerkiksi Hanén (2017, 116) nostaa kompleksisuuden aiheuttaman tilannesidonnaisuuden, joka palautuu siihen, että toisiinsa kietoutuvat asiat vaihtelevat tilanteesta toiseen. Tästä seuraa, että kaikkea ei voida ennakoida pelkästään tietoa lisäämällä.

Samat haasteet nousevat esiin myös terveydenhuollossa. Mertala (2001, 246–247) tarkastelee väitöskirjassaan potilaiden hyvän hoidon edellyttämää yhteistyötä sairaaloiden ja terveystieteiden henkilöstön välillä. Kirjoittajan mukaan kompleksisuus ilmenee muun muassa siinä, että henkilöstön työ jakaantuu moniin yksityiskohtaista tarkastelua ja valintoja vaativiin episodeihin, joissa hallittavat kokonaisuudet vaihtuvat. Tähän liittyy monia haasteita. Voi esimerkiksi olla, että käytäntöä selkiyttämään on pyritty laatimaan toimintamalleja, mutta ne eivät anna riittäviä ohjeita käytännön ongelmien ratkaisemiseksi. Ne eivät ole toimivia, sillä käytäntö ei ole yksi, vaan monta. On myös mahdollista, että yhteydenpidossa eri toimijoihin on ongelmia tai toimijoita on ikään kuin liikaa. Joskus epäselvyyttä aiheuttavat vastuukysymykset. Tällöin asiakkaan hoitaminen palvelu- ja hoitoketjuissa edellyttäisi aktiivisuutta ja jatkuvaa rajankäyntiä, sillä kaikki vaikuttaa kaikkeen.

### **3.3 Monimutkaiset asiakastilanteet kompleksisessa toimintaympäristössä**

Sosiaaalialalla kompleksisuus on seurausta sekä asiakkaiden moninaisista ongelmatilanteista että järjestelmän monimutkaisuudesta. Sote-uudistuksen yhteydessä kysymys siitä, miten kompleksiivisuus olisi paremmin hallittavissa, on keskeinen. Sosiaalihuollon vaativuutta on hahmoteltu suhteessa terveydenhuollon rakenteisiin ja porrasteisuuteen. Toisaalta voidaan kysyä, voiko vaativaa sosiaalityötä ylipäättään erottaa yleisestä sosiaalityöstä vai onko sosiaalityö lähtökohtaisesti holistista. Lisäksi sosiaalihuollon vaativien ilmiöiden tunnistaminen terveydenhuollon potilasryhmäajattelua vastaavasti on ongelmallista, koska sosiaalihuollossa kohdattavien ongelmien vaativuus ei paikannu yksin yksilöihin, vaan yksilön ja ympäristön moniulotteisiin suhteisiin. Sosiaalityön erityisosaamisen vaatimukset liittyivät usein sekä asiakastilanteiden että palvelujärjestelmän kompleksisuuteen. (Yliruka ym. 2018, 3, 64, 58.)

Ylirukan ym. (2018, 17, 20, 63, 44) kyselyssä lasten ja perheiden palveluissa työskentelevät sosiaalityöntekijät katsoivat toimimattoman palvelujärjestelmän vaativan työntekijöiltä suhteettoman paljon huomiota. Sosiaalityöntekijät nimesivät useita erilaisia asiakastilanteita, jotka he kokevat monimutkaisiksi ja vaativiksi. Asiakastilanteista tekee monimutkaisia monenlaiset eri syyt, jotka on jaoteltu kyselyssä neljään eri luokkaan. Ensimmäinen luokka koskee organisaation ja palvelujärjestelmän monialaista toimimattomuutta. Tällöin ongelmana on esimerkiksi vastuun pallottelu, määräraha-kiistat ja eri ammattien edustajien eriävät näkemykset. Toinen luokka nostaa esille asiakkaiden tilanteiden kompleksisuuden, jolloin asiakkaat eivät ole monien päällekkäisten ja mahdollisesti hyvin pitkittyneiden ongelmiansa vuoksi helposti autettavissa. Kolmas luokka liittyy sosiaalityön haastavuuteen. Sosiaalityöntekijöiden mukaan heillä voi olla osaamisvajetta tiettyjen aihepiirien suhteen ja kiire, minkä lisäksi arviointi koetaan vaikeana. Neljänneksi asiakastilanteista voi tehdä monimutkaisia asiakkaiden yhteistyöhaluttomuus tai keinottomuus asioiden hoitamiseen.

Kompleksiseen toimintaympäristöön ajatellaankin liittyvän aivan erityisiä ongelmia. Käytettäessä kompleksiivisuuden viitekehystä, voidaan erilaiset ongelmatilanteet jaotella kesyihin, kompleksisiin ja joko ilkeisiin tai pirullisiin (wicked problems). (Head & Alford 2015, 717). Tutkimuksessani käytän termiä pirulliset ongelmat. Pirullisten ongelmien vastakohta on kesy ongelma (tame problem). Pirullisen ja kesyn ongelman käsitteet juontavat juurensa saksalaissyntyisen suunnittelutieteen pioneerin Horst W. J. Rittelin ajatuksiin 1960-luvulta lähtien. Kesyn ongelman määrittelemine ei ole vaikeaa ja se on yksitulkintainen. Tästä johtuen myös konfliktitilanteet niiden käsittelyssä ovat harvinaisia. Kesy ongelma ei ole kuitenkaan lähtökohtaisesti sama kuin helppo ongelma, sillä kesynkin ongelman ratkaiseminen voi olla vaativaa. Sen ratkaiseminen on kuitenkin mahdollista noudattamalla esimerkiksi tiettyjä sääntöjä tai ratkaisumallia. (Vartiainen ym. 2014, 21.)

Rittelin ajattelussa kesyt ongelmat yhdistyvät lineaariseen suunnitteluprosessiin, jossa edetään ikään kuin ylhäältä alas vaiheittain. Prosessi etenee ongelman määrittelystä informaation keräämiseen, minkä jälkeen tilannetta analysoidaan ja tunnistetaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja. Ratkaisuvaihtoehtoista valitaan toteutettavaksi se, jonka avulla ongelman ajatellaan parhaiten selviävän. Pirullisten ongelmien kohdalla edellä kuvatus kaltainen vaiheittainen eteneminen ei ole tuloksellista. Pirulliset ongelmat ovat lähtökohtaisesti vaikeita tunnistaa ja määrittää. Ne voivat jäädä jopa kokonaan tunnistamatta, sillä joskus voi olla helpompi käsitellä kesyjä ongelmia, kuin hahmotella jonkin ongelman taustalla ilmenevää kompleksista vyyhtiä. Lisäksi pirulliset ongelmat ovat lähes aina arvolatautuneita. Niiden ratkaisemista voi tällöin vaikeuttaa eri asiantuntija-aloilla vallitsevat erilaiset arvot. (Vartiainen ym. 2014, 11–16, 21, 130.)

Pirallinen ongelma ei myöskään tyypillisesti rajoitu yhden organisaation osaamisalueelle, vaan koskettaa monia. On myös todennäköistä, että sitä ei kyetä ymmärtämään täysin yhden organisaation näkövinkkelistä käsin. (Clarke & Stewart 2000, 377–379, 385.) Tämän vuoksi siilomainen hallintatapa ei ole lähtökohtaisesti kovin toimiva niiden ratkaisemisessa, mitä aiemmin käsitelty sektoroitunut sosiaali- ja terveystoimiala edustaa. Suomalaisessa hallintomallissa tuntuu kuitenkin olevan syvällä ajatus kokonaisuudesta, jota voidaan ymmärtää osien kautta. (Vartiainen ym. 2014, 64.)

Pirullisten ongelmien ratkaisemisessa tulisi ylittää hallintorajoja ja työntekijöiltä se vaatii oman ei-tietämisen ja erilaisten mielipiteiden sietämistä. Lisäksi ongelman ratkaisusta ei ole täyttä varmuutta ja se voi vaatia kykyä kehittää uusia toimintatapoja, testata niitä ja oppia samalla prosessista. (Clarke & Stewart 2000, 377–379, 385.) Lisäksi Pösö (2005, 4) kiinnittää huomiota siihen, kuinka kesyjen ongelmien alku- ja loppupiste on paikannettavissa ja niiden ratkaisemista syntyy palautetietoa. Kesyyjen ongelmien ratkaiseminen on palkitsevaa ja niiden parissa työskentelyyn liittyy todennäköisemmin arvostusta ja jopa kunniaa, kuin pirullisten ongelmien parissa painivien kohdalla.

Pösö (2005, 5) pohtii pirullisen ongelman käsitteen suhdetta yleisemmin käytetyn sosiaalisen ongelman käsitteeseen. Sosiaaliset ongelmat ovat usein samanaikaisesti pirullisia ongelmia. Kirjoittajan mukaan käsitteitä käytetään kuitenkin eri kontekstissa niin, että pirulliset ongelmat on liitetty suunnittelu- ja hallintopainotteiseen keskusteluun, kun taas yhteiskuntatieteellisessä keskustelussa nojataan sosiaalisten ongelmien käsitteeseen. Nämä kaksi eri käsitettä kuvaavat kuitenkin usein samantapaisia ilmiöitä, mutta eri käsittein. Pirulliset ongelmat ovat esimerkiksi taipuisia, kun taas sosiaaliset ongelmat voidaan käsittää tulkinnallisina. Mielestäni pirullisen ongelman käsite puolustaa paikkaansa myös yhteiskuntatieteellisessä tarkastelussa sekä avaa mielenkiintoisia näkökulmia ja työkaluja tarkastella tämän tutkimuksen tematiikkaa. Kompleksisuus tuo mielestäni paremmin esiin sen haastavan, moninaisen ja eettisesti vaativan työkentän, jonka parissa niin lastensuojelun kuin aikuispsykiatrian työntekijät työtään tekevät. Lisäksi loputtoman tulkinnallisuuden sijaan kompleksisuusajattelu tarjoaa myös konkreettisia työkaluja aihepiirin käsitteellistämiseen.

Pyysin haastateltavia pohtimaan millaisia pirullisia ongelmia he tunnistavat omassa työssään ja tarkastelen lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan toimintaa myös pirullisten ongelmien näkökulmasta peilaten aineistoani seuraavaan jaotteluun. Rittel & Webber (1973, 161–167) ovat esittäneet pirullisista ongelmista alun perin kymmenen kohdan määritelmän, joka on sittemmin tiivistetty kuuteen. Pirullisen ongelmat erityispiirteet on esitetty alla Vartiaista ym. (2014, 22–26) mukaillen:

1. Ratkaisuvaihtoehtojen punnitseminen auttaa ymmärtämään itse ongelmaa. Tällä viitataan siihen, että ongelman käsittely ja ratkaisuvaihtoehtojen etsiminen muodostavat vuorovaikutteisen prosessin. Asioiden laajempi hahmottaminen johtaa parhaimmillaan siihen, että ehdotettuja ratkaisuja muokataan, tai laaditaan uusia ratkaisuja.
2. Ratkaisut eivät ole lopullisia. Tähän liittyen voidaan ajatella, että pirullisten ongelmien ratkaiseminen päättyy vain ulkoisten seikkojen, kuten esimerkiksi ajan rajallisuuden vuoksi. Tämän vuoksi voidaan puhua selviytymisestä suhteessa pirullisten ongelmien vaatimuksiin pikemminkin kuin ongelmien ratkaisemisesta. Ongelmat muokkautuvat kulloisenkin ympäristön mukaan, eikä niillä ole loppua.
3. Ratkaisut eivät ole oikeita tai vääriä. Sen sijaan tavoitteen on usein paras mahdollinen ratkaisu tai ratkaisu, ”jonka kanssa voi elää”. Eri ihmiset ja eri sidosryhmät kokevat ratkaisut eri tavoin. Sama vaihtoehto voi olla toisella hyvä ja toiselle huono. Kilpailevat näkökulmat voivat muodostaa pirullisille ongelmille toisiinsa kietoutuneiden ongelmien vyyhdin.
4. Pirulliset ongelmat ovat uniikkeja ja uudenlaisia. Niitä voidaan kuvata myös käsiteparilla erityisyys-yhtenäisyys. Pirullisilla ongelmilla on myös yhtenäisiä piirteitä, mutta todellisessa ongelmanratkaisutilanteessa erityispiirteet tekevät yhtenäisyyden lähes merkityksettömäksi. Se mikä toimi kerran, ei välttämättä toimi toista kertaa edes suunnilleen samanlaisessa kontekstissa.
5. Toimintatavat ovat ainutkertaisia. Tähän liittyen tulee huomioida, että toiminnalla on aina seurauksia, jonka vuoksi ongelmanratkaisutilanteessa täytyy tasapainotella uuden oppimisen mahdollisuuden sekä ratkaisuvaihtoehdon kustannusten ja odottamattomien seurausten välillä. Kaikki odottamattomia lopputuloksia ja seurauksia ei ole ehkä mahdollista ennakoida ja se vie aikaa. Kaikkeen tähän liittyvä epävarmuus on hyväksyttävä.
6. Useita ratkaisuvaihtoehtoja. Pirullisiin ongelmiin on löydettävissä paljon toisistaan poikkeavia ratkaisuvaihtoehtoja. Eri ratkaisuvaihtoehtojen määrää rajoittavat lähinnä taloudelliset ja ajalliset syyt. Toisaalta rajoittavia tekijöitä ovat myös ratkaisun

tarkoituksenmukaisuus ja sen osaaminen tai sen puute. Ratkaisuvaihtoehtojen etsiminen ja analysoiminen vaatii luovuutta.

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan yhteistyössä kohtaavat monet eri ammattialat, useammalle eri sektorille jakautuvat palvelut sekä asiakkaiden monimutkaiset ongelmatilanteet. Toimintaympäristö on kompleksinen monista eri tekijöistä johtuen, minkä vuoksi asiakkaiden auttamistyö on erityisen vaativaa. Työn kehittämisen kannalta kompleksisuuden tunnistaminen on olennaisen tärkeää, koska muutoin ei ole mahdollista kehittää keinoja sen entistä parempaan hallintaan.

## **4. Tutkimuksen toteuttaminen**

### **4.1 Tutkimustehtävä ja -kysymykset**

Tämän tutkimuksen tavoitteena on jäsentää ja käsitteellistää lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välillä tehtävää moniammatillista yhteistyötä. Aihepiiri on hyvin käytännönläheinen, ja sitä on tutkittu vähän. Tavoitteeni on hahmottaa kentän toimijoiden työtä sekä asiakkuusprosesseja ja liittää siihen joitain mahdollisia käsitteellisiä työkaluja ja teoreettisia avauksia.

Vastaan tutkimuksessani seuraaviin kysymyksiin:

Millaista lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö on työntekijöiden kertomana?

Millaista vanhemmuuden tukeminen on työntekijöiden kertomana?

Millaisia mahdollisia ongelmatilanteita moniammatillisessa yhteistyössä ilmenee?

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen kautta pyrin hahmottelemaan sitä, millaista lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö on käytännössä. Toisessa tutkimuskysymyksessä nostan keskiöön sen, miten työntekijät huomioivat asiakasta vanhempana ja millaisia auttamiskeinoja he käyttävät vanhemman tukemiseksi. Kolmannen tutkimuskysymyksen kautta avaan sitä, millaisia ongelmatilanteita työskentelyssä ilmenee sekä pohdin tarkemmin, mitkä mahdolliset tekijät ongelmien taustalla vaikuttavat.

## **4.2 Teemahaastattelut**

Toteutin aineistonkeruun tekemällä työntekijäkohtaisia teemahaastatteluita. Teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelu. Teemahaastattelussa tutkija on määrännyt etukäteen haastattelun aihepiirit eli teemat. Sen sijaan kysymysten tarkka muoto ja järjestys voivat vaihdella haastattelusta toiseen. Teemojen muodostamisessa on hyvä tukeutua niin vapaaseen ideointiin, aiempaan aihetta koskevaan tutkimuskirjallisuuteen kuin teoriaankin. (Eskola & Vastamäki 2010, 28, 35, Tiittula & Ruusuvuori 2009, 11.)

Aineiston kerääminen haastatteluiden kautta tuntui luontevalta valinnalta suhteessa tutkimustehtävääni. Moniammatillinen yhteistyö kahden eri organisaation välillä muodostuu lopulta yksittäisten työntekijöiden arkityössään tekemien valintojen ja painotusten kautta. Tähän vaikuttavat virallisen ohjeistuksen lisäksi yksittäisen työntekijän ajatukset, käsitykset, kokemukset ja tunteet, mitä kaikkia on mahdollista selvittää teemahaastattelun keinoin (Hirsjärvi & Hurme 2001, 41). Muodostin haastattelurungon tutkimukseni aihetta koskevan teoriakirjallisuuden avulla. Teemahaastattelussa käsiteltävät aihepiirit tulee määritellä etukäteen ja niiden tulisi liittyä tutkittavaa ilmiötä koskevaan teoriataustaan ja tutkimustietoon. Teemojen teoreettiset kytkennät toimivat siltana analyysivaiheeseen. Samalla teemojen tulee kuitenkin olla niin väljiä, että aineiston monipuolisuus nousee esille. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 66, Eskola 2001 ym., 33.)

En rajannut tutkimushaastateltavien valintaa millekään tietylle maantieteelliselle alueelle kaupungin sisällä, vaan pyrin saamaan haastateltavia useammasta eri

toimipisteestä. Tämä siksi, että en ole pyrkinyt kartoittamaan tai raportoimaan minkään tietyn alueen palveluiden yhteistyön sujuvuutta, vaan hahmottelemassa toistaiseksi vähän tutkittua ilmiötä yleisemmällä tasolla. Tätä tukee mielestäni se, että haastateltavien valinta laadullisen tutkimuksen yhteydessä on joka tapauksessa ikään kuin harkinnanvarainen näyte, koska tilastollisten yleistysten sijaan pyrkimyksenä on ymmärtää jotakin tapahtumaa syvällisemmin, saada tietoa jostain paikallisesta ilmiöstä tai hahmotella uusia teoreettisia näkökulmia tiettyihin tapahtumiin tai ilmiöihin. Lopulta laadullinen aineisto koostuu näytteistä, jotka ovat ikään kuin pala tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä. (Alasuutari 1999, 83, 87; Hirsjärvi ja Hurme 2001, 59.)

Keräsin haastatteluaineiston huhti - kesäkuussa 2017. Tein yksilöhaastattelut viidelle Helsingissä toimivalle lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijälle ja kuudelle asiakastyötä tekeväälle psykiatria- ja päihdekeskuksen psykiatrian poliklinikan työntekijälle. Haastateltavien tavoittaminen tutkimusta varten oli erittäin haastavaa ja vei odotettua pitemmän ajan. Tavoitin haastateltavat lähettämällä heille sähköpostitse tutkimustiedotteeni, jossa kerroin tutkimukseni aiheesta ja toteutuksesta. Toteutin haastattelut kunkin haastateltavan työpaikalla.

Sosiaalityöntekijöiden osalta haastatteluihin osallistui työntekijöitä kolmesta eri toimipisteestä. Kaikki olivat naisia. Haastateltavien työura lastensuojelun avohuollossa vaihteli 4,5–10,5 vuoteen. Yhtä lukuun ottamatta kaikki olivat muodollisesti päteviä. Yhdellä haastateltavalla oli lähes valmis sosiaalityön tutkinto. Osalla sosiaalityöntekijöistä oli myös muita tutkintoja ja koulutusta.

Psykiatrian poliklinikalta tutkimukseen osallistui työntekijöitä kolmesta eri toimipisteestä. Kaikki haastateltavat olivat naisia. Haastateltavien työura aikuispsykiatriassa vaihteli 1,5–27 vuoteen. Valtaosalla haastateltavia oli pitkä työkokemus. Haastateltavilla oli joko sairaanhoitajan, sosiaalityöntekijän (2 kpl) tai lähihoitajan koulutus. Osalla työntekijöistä oli myös muita tutkintoja ja koulutusta.

Aloitin kaikki haastattelut kysymällä haastateltavilta taustatietoja liittyen esimerkiksi heidän koulutustaustaansa ja työkokemuksensa. Lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan yhteistyötä on pyritty ohjaamaan myös laatimalla asiasta virallinen ohjeistus. Kysyin haastateltavilta myös tästä ohjeistuksesta, sillä oli



mielenkiintoista selvittää sitä, minkä merkityksen haastateltavat näkivät ohjeistuksella olevan. Tämän jälkeen etenimme teemahaastattelurungon mukaisesti. Haastatteluiden tallentamiseen käytin digitaalista tallenninta. Kaikki haastattelut yhtä lukuun ottamatta kestivät noin tunnin. Kaikilla haastateltavilla oli melko tiukasti rajattu aikataulu. Haastateltavat kertoivat avoimesti ajatuksiaan.

Pyrin litteroimaan jokaisen haastattelun mahdollisimman pian haastattelutilanteen jälkeen. Litteroin haastattelut sanasta sanaan. Poistin kuitenkin täytesanat, joilla ei ollut merkitystä aiheen kannalta. Poistin myös tunnistettavuuden estämiseksi esimerkiksi paikannimiä. Litteroitua aineistoa kertyi kaikkiaan 115 sivua Times New Roman –fontilla, fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1,5. Aineistoa litteroidessani tein alustavia havaintoja aineistosta ja kirjasin ylös ajatuksia, mikä tuki työskentelyäni analyysivaiheessa.

Keräämääni aineistoa voi pitää riittävänä tutkimuskysymyksen tarkasteluun. Yksittäisiä tapauksia tutkimalla saadaan käsitys siitä, mikä on ilmiön kannalta merkittävää ja toistuu usein tarkasteltaessa ilmiötä yleisemmällä tasolla. Tausta-ajatuksena on, että yksityisessä toistuu yleinen. (Hirsjärvi ym. 2003, 196.) Aihepiiri sinänsä on vähän tutkittu ja jatkossa sitä tulisi tutkia lisää. Tähän nähden aiheen käsittely laajemmassakin yhteydessä olisi tarpeen sekä erittäin ajankohtaista.

### **4.3 Aineiston analyysi**

Omassa tutkimuksessani hyödynnän Alasuutarin (2011, 90–91) esittämää faktanäkökulmaa eli olen kiinnostunut haastateltavien näkemyksistä ja mielipiteistä. Sen sijaan en lähde analysoimaan esimerkiksi heidän käyttämiään sanavalintoja tai haastattelutilannetta tarkemmin. Kyseessä ovat asiantuntijahaastattelut, joilla tarkoitetaan yleensä tilannetta, jossa haastateltavilta pyritään hankkimaan tietoa tutkittavasta ilmiöstä tai prosessista. Kiinnostus ei kohdistu asiantuntijaan sinänsä, vaan häntä haastatellaan sen vuoksi, että hänellä ajatellaan olevan tietoa tutkimuksen aiheesta. Haastateltavien valinta perustuu esimerkiksi heidän osallisuuteensa tutkimuksen kohteena olevassa prosessissa. Tällöin haastateltava on sekä tutkittavan ilmiön asiantuntija että toisaalta myös tutkimuskohde. Asiantuntijahaastatteluiden

tavoitteena on sekä tuottaa kuvausta tutkimuksen kohteena olevan prosessin, omassa tutkimuksessani yhteisasiakkaiden auttamiseksi tehtävän yhteistyön, kulusta että samalla analysoida haastateltavien tapahtumakuluille tuottamia tulkintoja ja merkityksiä. (Alastalo & Åkerman 2010, 373–374.)

Haastateltavan kuvatessa asiantuntijan roolissa tiettyä asiaa, on faktanäkökulma tärkeä. Haastateltava voi muistaa esimerkiksi asioita väärin tai pyrkiä kaunistelemaan. Tutkimukseni informantit tekee erityisen mielenkiintoiseksi se, että Alastalon & Åkermanin (2010, 384–385) mukaan haastateltavilla voi olla esimerkiksi taipumus kuvata asioita tai ainakin omaa toimintaansa parhain päin. Erityisen haasteellisenä voidaan nähdä vahvan ohjesäännön tai ammatillisen etiikan hallitsevat ammattikunnat, mitä sekä hoitoalan että sosiaalialan työntekijät ovat. Näiden alojen asiantuntijoilla voi olla painetta tuottaa kuvaa siitä, että asiat etenevät yhteisesti sovittujen menettelytapojen mukaan. Tällöin tutkijan olisi kyettävä ylittämään niin sanottu ammatillisuusmuuri. Tämä onnistuu helpommin, jos haastattelija jakaa haastateltavan kanssa saman ammatillisen eetoksen.

Omassa tutkimuksessani olen saanut todennäköisesti etua siitä, että jaan sosiaalityön ammatillisen eetoksen. Sen sijaan psykiatrian poliklinikan kohdalla tilanne on toinen. Psykiatrian poliklinikan työntekijöiden haastatteluiden kohdalla koin, että minua auttoi huolellinen asioihin perehtyminen etukäteen ja se, että minulla on myös omaa kokemusta tutkimani kaltaisesta moniammatillisesta yhteistyöstä. Faktanäkökulman lisäksi aineistosta voidaan etsiä kulttuurisia jäsenyyksiä, jolloin taas kysymys informaation paikkansapitävyydestä ei ole merkityksellinen. Omassa tutkielmassani tasapainoilin näiden kahden eri näkökulman välillä ja pyrin hyödyntämään kumpaakin. (Alastalo & Åkerman 2010, 372–374.)

Kaiken kaikkiaan laadullisen tutkimus on usein luonteeltaan prosessinomaista. Tutkimuksen osa-alueet tutkimustehtävästä analyysiin voivat kehittyä ja muuttua tutkimuksen edetessä. Joskus on jopa niin, että tutkimusongelma ei ole täsmällisesti ilmaistavissa tutkimuksen alussa, vaan kyse on pikemminkin erilaisista johtoajutuksista, johtolangoista tai hypoteeseista. Tutkijan on oltava tarvittaessa valmis tutkimuksen kuluessa uudelleenlinjauksiin. (Kiviniemi 2001, 68–70.) Katson tämän koskevan myös omaa tutkimustani, vaikka käytänkin aineistonkeruuseen melko strukturoitua

teemahaastattelun menetelmää. Koen kuitenkin, että vähäinen tutkimusaiheittani koskeva aiempi tutkimus sekä omat loppujen lopuksi yksittäiset kokemukseni aiheesta, eivät ohjanneet minua heti tutkimuksen aluksi mihinkään tiettyyn suuntaan. Tavoitteeni oli ennemminkin lähteä kartoittamaan ilmiötä tarkemmin. Esimerkiksi kompleksisuusajattelusta kiinnostuin tutkimuksen jo ollessa käynnissä ja aloin pohtia, olisiko sillä jotain annettavaa tutkimusaiheeseeni.

Laadullisen tutkimuksen analyysin ei tule välttämättä olla yksinomaan aineistolähtöistä. Aineistosta nousevien näkökulmien suhdetta tutkimusta käsitteellistäviin teoreettisiin näkökulmiin voi pitää pikemminkin vuorovaikutteisena. Analyysi on luonteeltaan sekä analyyttistä että synteettistä. Analyyttisyys ilmenee aineiston luokittelussa ja jäsentämisessä systemaattisesti eri osa-alueisiin. Synteettisyys taas edellyttää sitä, että aineistosta nostetaan esiin jokin temaattinen kokonaisrakenne, kuten esimerkiksi tärkeimmät ydinkategoriat. Laadulliseen tutkimukseen kuuluvan avoimuuden vuoksi tutkimuksen teossa korostuu myös rajauksen tarpeellisuus. Tällöin kyse on ennen kaikkea tutkijan tekemästä tulkinnallisesta rajauksesta. (Kiviniemi 2001, 71–72, 78.)

Sisällönanalyysissä kuvataan dokumenttien sisältöä sanallisesti pyrkien nostamaan esiin merkityksiä (Tuomi & Sarajärvi 2002, 106–107.) Omassa tutkimuksessani olen hyödyntänyt teoriasidonnaista sisällönanalyysia. Teoriasidonnaisessa analyysissä on teoreettisia kytkentöjä, jotka eivät kuitenkaan pohjaudu suoraan teoriaan. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta, mutta aikaisempi tieto tukee analyysia. Kyse ei ole kuitenkaan minkään teorian testaamisesta. Aineiston analyysivaiheessa voidaan edetä aineistolähtöisesti, mutta loppuvaiheessa tuodaan mukaan jokin teoreettinen kehys aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 98–99, Eskola 2001, 136–137.) Tutkimukseni taustalla on useita pieniä teoreettisia avauksia, jotka toimivat erilaisina tulkintakehyksinä, joita vasten aineistoa tarkastellaan. Tämä myös mahdollistaa sen, että tutkimuksen kuluessa on mahdollista ottaa käyttöön uusia teorioita, jos aineisto ohjaa siihen. (Eskola 2001, 138.)

Teemahaastattelun analyysissa voidaan lähteä liikkeelle aineiston järjestämisestä teemoittain. Teemoittelua seuraa varsinainen analyysi. Tutkija käy aineiston läpi useita kertoja ja esittää siitä tulkintansa. Aineistoon on hyvä liittää tässä vaiheessa muitakin muistiinpanoja kuten esimerkiksi teoreettisia kytkentöjä tai aineiston läpikäynnin

pohjalta heränneitä kysymyksiä. Varsinaisessa analyysissä aineistoa tiivistetään ja jäsennetään. (Eskola 2001, 143–146.) Olen hyödyntänyt tutkimuksessani teoriasidonnaisen analyysin mallin mukaisesti abduktiivista päättelyä, jossa vuorottelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Teoriasidonnainen sisällön analyysi etenee aineiston pelkistämisestä ryhmittelyyn ja lopulta abstrahointiin eli teoreettisten käsitteiden luomiseen. Teoriasidonnaisen analyysin tapauksessa abstrahointi tapahtuu tuomalla sovellettavaa teoriaa aiemmasta tutkimuskirjallisuudesta. (Tuomi & Sarajarvi 2002, 99, 110–111, 116.)

Aloitin analyysin lukemalla aktiivisesti litteroimaani tutkimusaineistoa. Tämän jälkeen teemoittelin aineiston seitsemään eri teeman alle. Ensimmäiset neljä teemaa nimesin otsikoilla ohjeistus, yhteistyö, prosessit ja yhteisasiakkaat. Niiden avulla etsin vastauksia ennen kaikkea ensimmäiseen tutkimuskysymykseeni, joka koskee yhteisasiakkuutta ja yhteistyötä työntekijöiden kuvaamana. Toiset kaksi teemaa nimesin otsikoilla vanhemmuus ja työn ydintehtävä. Niiden kautta etsin vastausta toiseen tutkimuskysymykseeni, miten vanhemmuuden tukemiseksi työskennellään. Viimeisen seitsemännen teeman otsikoin nimellä ongelmat, jonka alle keräsin erilaisia työntekijöiden kuvaamia ongelmatilanteita joko yhteistyöhön liittyen tai tutkimukseni aihepiirin kannalta ylipäätään. Tämän teeman alle kertyi aineistoa, joka on yhdistettävissä myös analyysin muihin teemoihin ja/tai pitää sisällään niiden kanssa päällekkäistä sisältöä.

Analyysin seuraavassa vaiheessa hyödynsin kahta eri menetelmää. Yksinkertaisimpien kysymysten kohdalla, kuten esimerkiksi yhteisasiakkaiden tunnistaminen, kokosin haastateltavien antamat vastaukset yhteen ja kuvaan tulokset sanallisesti. Monisyisempien kysymysten kohdalla olen pilkkonut isomman kysymysteeman, kuten esimerkiksi yhteistyön, edelleen pienempiin osa-alueisiin ja koonnut vastauksia niiden alle. Tämän jälkeen olen muodostanut niistä aihepiireittäin jälleen isompia temaattisia kokonaisuuksia, joita olen peilannut kutakin aihepiiriä koskevaan teoriakirjallisuuteen. Etenkin tulosten lopussa, kompleksisuusajattelun yhteydessä, olen koonnut aineistosta tekemiäni havaintoja yhden isomman aihekokonaisuuden alle hyödyntämällä tutkimuksen taustoituksessa esitettyä teoretisointia.

**Taulukko 1. Esimerkki analyysin etenemisestä**

Ilmaisuja haastatteluaineistosta	Pelkistetty ilmaus
<i>He pyrkii pääsemään lastensuojelusta eroon ja vakuuttamaan sen, että olemme nyt hoidossa ja kunnossa ja ei ole mitään.</i>	Haluttomuus käsitellä vanhemmuuden haasteita
<i>Se kuuluu ehkä enemmän niille, jotka hoitaa sitä potilasta. Tavallaan, kun mä aattelen sen niin, että mä hoidan heidän asioitaan. Ja hoitajat sit hoitaa, tai psykologit hoitaa sitä ihmistä. Mut mä en tiedä minkä verran hoitajat puhuu vanhemmuudesta tai perheterapiasta tai muusta semmosesta.</i>	Epäselvyys siitä, kenelle vanhemmuuden tukeminen kuuluu
<i>Yksilö, yksilö on se voimavara. Ja sitte ajattelee tämmönen kognitiivinen psykoterapia, yksilön tiedot, taidot, osaaminen. Yksilökeskeisyys.</i>	Sosiaalisen kontekstin sivuuttaminen
<i>Mutta sitte tietysti kyllähän se täälläkin huomaa sen, että eihän sitä vanhemmuutta ole helppo arvioida.</i>	Arvioinnin yleinen vaikeus

**Yhdistävä teema: Haasteet vanhemmuuden tukemisessa**

Olen valinnut käyttämäni haastatteluaineiston lainaukset niin, että ne kuvaisivat aineistoa ja selkeyttäisivät tulkintaani. Olen merkinnyt tarvittaessa sulkuihin lainausta selkiyttäviä sanoja, minkä lisäksi käytän (...) -merkintää osoittamaan sen, jos olen jättänyt tekstistä pois tarpeettomia sanoja tai lauseita tehden lainauksesta lukijan kannalta selkeämmän ja tiiviimmän. Lisäksi olen merkinnyt haastattelusitaatit niin, että niistä käy ilmi, kumpaa tutkimuksen kohteena olevaa organisaatiota haastateltava edustaa.

#### 4.4 Tutkimuseettiset kysymykset

Tutkimushenkilöinä olevat haastateltavat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseeni. Ennen suostumustaan työntekijät saivat selvityksen tutkimuksen tarkoituksesta ja muista siihen liittyvistä seikoista. Haastateltavien osalta tutkimuksenteon kaksi keskeistä eettistä ulottuvuutta ovat luottamuksellisuus ja anonymiteetti (Eskola & Suoranta 1998, 57). Tähän liittyen en tuo tutkimuksessa esiin tietoja, joiden avulla yksittäiset henkilöt tai työyhteisöt voitaisiin tunnistaa. Tästä syystä en myöskään erittele tutkimuksen tuloksia esitellessäni tai haastattelusitaattien kohdalla sitä, mitä ammattia haastateltava edustaa. Sen sijaan kerron edustaako haastateltava lastensuojelun avohuoltoa vai psykiatrian poliklinikkaa.

Kiviniemen (2001, 81–82) mukaan itse tutkimusraportti on keskeinen laadullisen tutkimuksen luotettavuuden osa-alue. Tutkijan tulee kuvata mahdollisimman johdonmukaisesti sitä, minkä vuoksi hän on päätenyt tiettyihin päätelmiin. Tällöin lukijalla on mahdollisuus arvioida, onko tutkijan muodostama käsitys jostain ilmiöstä uskottava. Omassa raportoinnissani olen pyrkinyt tähän. Tutkielman aineistoa olen käsitellyt luottamuksellisesti ja säilyttänyt niin, ettei siihen ole muilla pääsyä. Tutkielman hyväksymisen jälkeen haastatteluaineisto hävitetään.

Tutkimus on tutkijan tulkintojen tulosta. Olen pyrkinyt kautta koko tutkimusprosessin pohtimaan oman kaksoisroolini, eli tutkijan ja lastensuojelun avohuollon sosiaalityöntekijän, vaikutusta tutkimukseni kulkuun ja esimerkiksi tekemiini tulkintoihin. Edustanhan ikään kuin toista puolta valitsemistani haastateltavista. Tunnen lastensuojelun avohuollon toimintaympäristön ja toimintakäytännöt huomattavasti paremmin kuin psykiatrian poliklinikan. Minulla on myös omia kokemuksia moniammatillisesta yhteistyöstä yhteisasiakkaiden auttamiseksi. Tämän vuoksi olen muodostanut tutkimastani aiheesta jo aiemmin tiettyjä käsityksiä, jotka minun on pystyttävä tutkijan roolissa ylittämään.

Tähän liittyen pohdin muun muassa seuraavia asioita. Työ lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä on hyvin kiireistä ja sisällöllisesti kuormittavaa. Vastuu on kova. Käsitykseni mukaan näin on myös psykiatrian poliklinikalla. Olen joissain tapauksissa

huomannut tämän tuovan tiettyjä jännitteitä yhteistyöhön. Lopulta haastateltavien kerronta oli sävyltään hyvinkin positiivista, vaikka myös epäkohtia ja kehitettävää tuotiin esille. Toisaalta voi olla, että kaksoisroolini vaikutti niin, että avointa kritiikkiä esitettiin vähemmän. On mahdollista, että joku kokonaan ulkopuolinen tutkija olisi koettu neutraalimpana. Omalta osaltani pyrin tutkimuksessani hyödyntämään parhaalla mahdollisella tavalla aiemmat kokemukseni. Uskon, että niistä on ollut hyötyä esimerkiksi siinä, että olen osannut esittää relevantteja kysymyksiä, ja että olen pystynyt hahmottamaan toimintakenttää monipuolisesti.

On kuitenkin hyvä todeta, että tutkimus on laadittu nimenomaan sosiaalityön näkökulmasta ja osana sosiaalityön opintoja. Tämä näkyy vaikkapa siinä, että päätin käyttää kautta koko tutkimuksen termiä asiakas, vaikka esimerkiksi osa hyödyntämästäni lähdemateriaalista viittaa ”potilaisiin”. Voi myös olla, että joku toinen, vaikkapa opinnäytetyötä hoitotyöstä tekevä, olisi päätnyt toiseen tulokulmaan ja teoreettiseen viitekehykseen. Tämän voidaan ajatella olevan myös tutkimuksen yhden teoreettisen viitekehyksen, kompleksisuusajattelun, mukaista. Omalta osaltani tutkimuksen tavoitteena on ollut ymmärtää lastensuojelun avohuollon positiota ja vastaavasti psykiatrian poliklinikan positiota yhteisasiakkaiden auttamiseksi tehtävän työn kentässä. Tavoitteena on ollut myös pyrkiä hahmottamaan sitä, miten yhteistyötä olisi mahdollista kehittää ja tarjota asiakkaille parasta mahdollista palvelua.

Haastattelututkimuksessa haastateltava on tutkimuksen aktiivinen subjekti, mutta lopulta kyse on ennen kaikkea tutkijan tekemien valintojen kautta luodusta ajatusrakennelmasta (Hirsjärvi ym. 2003, 192). Olen pyrkinyt muodostamaan haastatteluaineiston pohjalta kokonaiskuvan tutkimastani ilmiöstä. Tämän vuoksi yksittäisten työntekijöiden näkemykset voivat joiltain osin erota kokonaiskuvasta. Kriittiselläkään tarkastelulla en ole kuitenkaan pyrkinyt arvostelemaan kenenkään yksittäisen työntekijän tai työyhteisön työtapoja tai työn sisältöä.

## 5. Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan yhteistyö

### 5.1. Millaisia asiakkaita palveluissa kohdataan

Työtä on mahdollista tarkastella erilaisina prosesseina ja työorientaatioina. Joissain kohden ne näyttäytyvät hyvinkin yhtenevinä ja toisaalla jopa toisilleen vastakkaisina. Näiden prosessien ja työn pohjavirtausten esiin nostaminen on mielestäni tärkeää, jotta yhteistyön edellytyksiä voidaan tarkastella realistisesti sekä arvioida mahdollisia kehittämiskohteita.

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityöllä ei ole yhteistä tietojärjestelmää psykiatrian poliklinikan kanssa. Mahdollisten yhteisasiakkaiden tunnistaminen perustuu asiakkaasta saatuihin taustatietoihin ja siihen, mitä kummankin organisaation työskentelyn aikana asiakkaasta on kirjattu (poliklinikalla läheteeseen ja lastensuojelussa lapsiperheen palvelutarpeen arvioon). Suurelta osin kaikki palaa kuitenkin siihen, mitä asiakas on itse kertonut elämäntilanteestaan ja onko se on kirjattu asiakastietojärjestelmään. Tämän vuoksi on mahdollista, että tieto yhteisasiakkuudesta saadaan vasta, kun työskentely on jatkunut jo jonkin aikaa. Lastensuojelun työntekijät nostavat esiin myös sen, kuinka työskentelyyn vaikuttaa se, kuka lapsen juridinen huoltaja on ja kuka toimii lapsen lähivanhempana. Työskentely keskittyy useimmiten heihin.

*”Hyvässä läheteessä se lukee. Aina tutustun sairauskertomukseen, jos pegasoksessa on jotakin. Aina kysyn, sellasta ei ole, että en kysyis. Vaikka minkälainen poikamiesimagolla varustettu tai sinkkutyttöimagolla varustettu. Aina kysyn. Kysyn aina perhetilanteen. Kysyn vanhemmat. Kysyn sisarukset. Kysyn lapset. Kumppaneiden lapset, ketä siihen perheeseen kuuluu. Mä teetätän arviossa aina verkostokartan.”*  
- poliklinikan työntekijä



Sekä psykiatrian poliklinikan että lastensuojelun työntekijät arvioivat, että heillä on pääsääntöisesti tieto siitä, jos vanhempi on myös toisen organisaation asiakas. Lastensuojelun työntekijät kuitenkin vaikuttavat nostavan herkemmin esille sellaisia tilanteita, joissa tieto asiasta ei ole välttämättä kulkenut organisaatiosta toiseen. Tällaisen tilanteen katsottiin voivan liittyä esimerkiksi siihen, että asiakasvanhempi ei syystä tai toisesta kerro asioistaan avoimesti tai että lastensuojelun asiakkuus on käynnistynyt hyvin nopealla aikataululla, jolloin työskentely ei pohjaa pitempään jatkuneeseen selvittelytyöhön. Asiakkuus on voinut alkaa esimerkiksi lapsen tai nuoren kiireellisestä sijoituksesta. Tieto vanhemman psykiatrian poliklinikan asiakkuudesta voi jäädä pimentoon myös silloin, jos lastensuojelun työskentelyn fokus on ennen kaikkea lapsen tai etenkin nuoren voimakkaassa oireilussa. Sen, jos asiakkuus mielenterveyspalveluissa käynnistyy asiakkaan sairaalajakson myötä, katsotaan takaavaan varmin tiedonkulun ja että yhteistyön käynnistymisen. Kriisi tai vakava oireilu vaikuttaisi siis edistävän yhteistyön syntymistä.

Aineiston perusteella lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan yhteisiä asiakkaita voidaan peilata kolmen eri käsitteen kautta, jotka ovat moniongelmaisuus, toimintakyky ja vastentahtoisuus. Haastateltavat organisaatiosta riippumatta ovat sitä mieltä, että lähtökohtaisesti yhteinen asiakas voi olla kuka tahansa missä elämäntilanteessa tahansa. Toisaalta etenkin psykiatrian poliklinikan työntekijät katsovat, että lastensuojelun kanssa yhteisille asiakkaille oli muita asiakkaita tyypillisempää moniongelmaisuus. Tällöin asiakkaalla saattaa olla mielenterveysongelmien lisäksi esimerkiksi taloudellisia pulmia tai samanaikainen päihdeongelma. Kaiken kaikkiaan asiakkaan elämää kuormittavia tekijöitä katsottiin olevan monta ja arjen sujuminen epävarmaa.

*No onhan hyvänen aika sillä tavalla, jos on jatkuva lastensuojelun asiakkuus, niin niillä asiakkailla on paljon enemmän pulmia ja ongelmia, työttömyyttä ja taloudellisia pulmia (...) että kuormittavii tekijöitä on paljon ja sitte on. Et siinä sitte tietysti voimavaratkin vähenee. - poliklinikan työntekijä*

Aineiston perusteella asiakasvanhemman toimintakykyyn avautuu useita eri näkökulmia, jotka vaihtelevat arvioitsijasta riippuen. Esimerkiksi kaikilla psyykkisesti oireilevilla lastensuojelun asiakasvanhemmilla ei ole välttämättä psykiatrian poliklinikan asiakkuutta. Lastensuojelun näkökulmasta katsottuna psykiatrian

poliklinikan asiakkuuteen ainakin jollain tasolla sitoutuneet asiakkaat erottuvat usein muista asiakkaista suhteellisen hyvän toimintakykynsä perusteella. Tällöinkin asiakas saattaa esimerkiksi peruuttaa hoitokäyntejä tai häneltä voi jäädä jonkin verran käyntejä kokonaan peruuttamatta ja käyttämättä. Toisaalta asiakas on kuitenkin riittävän motivoitunut ja hyväkuntoinen, jotta hän on ylipäänsä tullut ohjautuneeksi kyseisen palvelun piiriin.

Arnkilin & Erikssonin (1996, 71–72) mukaan hoitoon motivoitumisessa ilmeneekin mielenkiintoinen paradoksi. Asiakkaan on oltava siinä määrin avuton, että hän tarvitsee apua. Toisaalta taas hänen on oltava siinä määrin kyvykäs, että hän tajuaa ja osaa hakea sitä. Ihanneasiakas on tällöin sopivan avuton ja riittävän motivoitunut. Kirjoittajien mukaan tällöin täyttyy myös psykososiaaliseen auttamiseen sisään kirjoitettu ajatus siitä, että asiakas määrittelee itsensä avuttomaksi siinä asiassa, jossa auttamisessa taas työntekijä määrittelee itsensä kyvykkääksi.

Toisenlainen näkökulma toimintakykyyn nousee taas esiin psykiatrian poliklinikan työntekijöiden arviosta liittyen siihen, kenellä vaikeimmista mielisairauksista kärsivillä on myös lastensuojelun asiakkuus. Näiden asiakkaiden kohdalla lastensuojelun asiakkuus ei aina näy yhtenä indikaattorina asiakkaan vaikeasta tilanteesta, vaan saattaa kertoa myös siitä, että asiakas on ollut riittävän hyväkuntoinen tai toimintakykyinen löytääkseen kumppanin ja perustaakseen perheen. Vaikeimmista mielen sairauksista kärsivien joukossa on nimittäin myös niitä, jotka eivät ole olleet siihen itse halukkaita tai kykeneviä. Oireilu on niin vakavaa, että perhe on jäänyt perustamatta. Ihminen on voinut myös syrjäytyä sairautensa vuoksi.

*”He saattaa esimerkiksi ajatella, ei välttämättä kovin huonokuntoinen (...), että he ei edes yritä etsiä kumppania itsellensä, koska tietävät sairauden riskit ja pelkäävät. Sen leimautumisen ennakointi on jo niin vaikee. Et tietyllä tavalla nää ihmiset, kellä on perhettä ja lapsia, heillä on paljon sitä normaalia elämää.” - poliklinikan työntekijä*

Myös asiakkaan ilmaisema vastentahtoisuus avautuu mielenkiintoisella tavalla kahteen eri suuntaan, kun sitä tarkastellaan kahdesta eri organisaatiosta käsin. Psykiatrian poliklinikalla lastensuojelun kanssa yhteiset asiakkaat saattavat näyttäytyä hyvin ei-motivoituneina ja vastentahtoisina. Tällöin vanhempi tulee saamaan hoitoa tai

arvioitavaksi lastensuojelun ohjaamana ja ikään kuin pakon edessä. Tämä voidaan nähdä ongelmallisena ja koko hoidon idea on vaarassa vesittyä. Asiakas ei esimerkiksi uskalla puhua tapaamisilla avoimesti, koska pelkää sen aiheuttavan ongelmia lastensuojelun kanssa. Samoin asiakas saattaa peruuttaa tapaamisia ja jäädä pois. Hän voi myös toistuvasti tuoda esiin kysymyksen palvelun päättämisestä.

*”Hankalia on ne ehdottomasti, jos se ainoa hoitoon hakeutumisen motivaatio on se, että lastensuojelu vaatii sitä hoitoa. Pakko on huono motivaattori. Se näkyy täällä yleensä esimerkiksi huonona yhteistyönä, potilas ei halua tai uskalla tuoda esiin yhtään mitään ja sitte kaikki mahdolliset unohtelut, poisjäännit, aikojen perumiset on käytössä. Joka käynnin jälkeen, että onko mun pakko vielä tulla (...) jos siinä on se, että lapset on otettu vaikka kiireellisesti huostaan ja sijoitettu tai uhka. Kyl se tekee siitä heti toisenlaista. Mä melkein jos kärjistän, niin sanon, että kyllähän se tuhoaa käytännössä sen yhteistyömahdollisuuden mun ja potilaan väliltä, että ei siinä paljon mitään tapahdu.” - poliklinikan työntekijä*

Psykiatrian poliklinikan työntekijöiden näkemysten mukaan taustalla voivat vaikuttaa asiakkaiden ylisukupolviset ongelmat, pitkään jatkunut asiakassuhde lastensuojeluun ja hyvin voimakkaan negatiivinen asenne lastensuojelun tekemää työtä kohtaan. Lastensuojelun työntekijöiden puheenvuoroissa hoitoon sitoutumattomuuden katsottiin liittyvän muun muassa siihen, että asiakkaalla on taustassaan vaikeita kokemuksia ylipäättään, minkä vuoksi edes jollain tasolla luottamuksellisen suhteen luominen työntekijään vie aikaa. Toisaalta taas asiakkaan tapa olla vuorovaikutuksessa voi olla niin haastava, että työskentelysuhteen muodostaminen voi vaikeutua sen vuoksi. Asiakas voi tällöin esimerkiksi provosoitua tai loukkaantua huomattavan helposti.

*”No ne on ehkä päinvastoin sellasten kohdalla, joilla on vaikka monia pulmia ja sitte se on niin vahva se epäluottamus, että ei pysty sitoutumaan mihinkään tukeen, että aika monilla sitte tälläsillakin vanhemmilla on itse asiassa aika monilla itsellään lastensuojelutausta ja ne on sellasia monisukupolvisia ja ehkä se psyyke on sillä lailla aika hauras ja ne jollakin tavalla taistelee vähän kaikkia vastaan. Ja heidän on vaikea nähdä, että siinä olis joku sellanen halu muilla helpottaa hänen oloaan ja olla siinä tukena (...).” - lastensuojelun työntekijä*

Psykiatrian poliklinikan työntekijät voivat katsoa työskentelyn käynnistäminen olevan edellä kuvatun kaltaisessa tilanteessa erittäin vaativa tehtävä. Kuten edellä on todettu, lastensuojelulle tämän kaltaisten asiakkaiden toimintakyky ja asenne avun vastaanottamiseen voi kuitenkin näyttäytyä vielä melko hyvänä.

Tämä sen vuoksi, että lastensuojelun työntekijät tunnistivat asiakkaidensa keskuudesta ryhmän asiakkaita, joiden psyykkinen vointi herättää voimakastakin huolta, mutta hoitoon ohjaamiselle ei vaikuta olevan juuri lainkaan edellytyksiä asiakkaan omasta asennoitumisesta johtuen. Työntekijät pohtivat, että tämä asiakasryhmä lienee jopa psykiatrian poliklinikan asiakkuudessa olevaa ryhmää suurempi. Näiden mahdollisesti hyvin voimakkaastikin oireilevien vanhempien joukosta löytyvät lastensuojelun näkökulmasta kaikkein vastentahtoisimmat asiakkaat. Heiltä puuttuu esimerkiksi sairauden tunne ja heidän on vaikea hyväksyä omaa sairauttaan tai sitoutua heille tarjottuun hoitoon. Osan oireilu taas voi olla epäselvää ja näkyä esimerkiksi sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Työntekijällä voi herätä tällöin epäily esimerkiksi persoonallisuushäiriöstä.

*”Mutta ehkä niihin, jotka on sitte asiakkaana psykiatrian poliklinikalla, liittyy sit semmonen, että vanhempi halua ottaa sitä apuu vastaan, et he on ehkä itse sinne poliklinikalle hakeutunu. Et siinä ei välttämättä oo semmosta vastentahtosuutta, koska ne joista me ollaan ehkä tosi huolissaan, jotka ite ei koe olevansa psykiatrian tai yleensäkään terveydenhuollon avun tarpeessa, niin harvemmin sit siellä poliklinikallakaan on, ainakaan kovin pitkään asiakkaana. Eli tietyllä tavalla niihin must liittyy semmonen, että vanhempi on itse halukas ottamaan sitä apua vastaan, vaikkakin sit saattais tulla jotain hukkakäyntii tai muuta.” - lastensuojelun työntekijä*

Suhteessa persoonallisuuteen ja persoonallisuushäiriöihin normaaliutta ja siitä poikkeavaa ei ole mahdollista erottaa objektiivisesti. Lopulta kyse on aina sosiaalisesti ja kulttuurisesti konstruoituneista ilmiöistä. Normaalius hahmottuu suhteessa henkilön viiteryhmään tai kulttuuriin niin, että ihmisen toiminta ei eroa siitä merkittävästi. Persoonallisuuden patologisuus taas kuvautuu toimintana, joka on epätyypillistä tai vierasta henkilön vertaisryhmälle. (Millon ym. 2004, 11.) Tämä tuo erityisiä haasteita lastensuojelun työskentelylle, sillä työntekijöillä ei ole mahdollisuutta arvioida lääketieteellisesti relevantilla tavalla vanhempien oireilua.

## **5.2 Yhteistyön eri muodot työntekijöiden kuvaamana**

Pyysin haastateltavia pohtimaan sosiaali- ja terveysviraston laatiman yhteistyöohjeistuksen merkitystä käytännön työn kannalta. Haastateltavat olivat yhtä henkilöä lukuun ottamatta tietoisia ohjeistuksen olemassaolosta. Osa muisti, että sitä oli

käsitelty kokouksessa tai haastateltava oli osallistunut ohjeistusta koskevaan koulutukseen tai yhteistyötapaamiseen. Osa kertoi, ettei ollut perehtynyt ohjeeseen yksityiskohtaisesti, mutta muisti saaneensa sellaisen sähköpostitse. Erilaista työtä tukemaan tarkoitettua ohjeistusta on paljon. Tämän vuoksi ohjeen päivittäminen ja sen ottaminen esille uusien työntekijöiden perehdytyksessä nähtiin tarpeellisena, jotta millään ohjeistuksella olisi käytännön merkitystä. Oli myös haastateltavia, jotka kertovat kokeneensa yhteistyön toisen organisaation kanssa välttämättömänä aina jo ennen ohjeistuksen laatimista. Heille oli muodostunut omia rutiineja yhteydenpitoon. Kaiken kaikkiaan ohjeen saama merkitys haastateltavien puheessa vaihtelee. Ohjeistus saatetaan käsittää eräänlaisena muisti- tai tarkistuslistana, mutta toisaalta se voidaan nähdä myös lupana tai velvoitteena tehdä yhteistyötä ja sitä myöten käyttää siihen työaikaa.

*”Onhan se tietysti, että tämä raamisopimus on olemassa Helsingissä. Mistä me jo puhuttiin. Sehän tekee sen, että se on semmonen tilanne, että se on tiedossa, että meillä on tällainen sopimus. Ja tavallaan yhteistyön velvoitteestakin tässä on kysymys. Meillä on semmoinen velvoite, että meidän pitää toimia yhteistyössä, niin kyllähän se on tosi tärkeää. Sitte tietysti se, että on kaks kertaa vuodessa semmosia yhteiskokouksia tällä alueella. Ja ne on erittäin hyviä ja positiivisia kokemuksia. Ja siellä puhutaan aika avoimesti siis viranomaisverkosto.” - lastensuojelun työntekijä*

Haastateltavat kertovat useita erilaisia esimerkkejä siitä, millaista lastensuojelun ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö käytännössä on. Arvioitaessa yhteistyötä sen intensiivisyyden mukaan, alin taso, joka katsotaan yhteistyöksi, on tietoisuus siitä, että myös toinen organisaatio työskentelee asiakkaan asioissa. Tästä seuraavia askelia eteenpäin ovat työntekijöiden keskinäiset puhelut, verkostoneuvottelut ja joissain ilmeisen harvoissa tapauksissa myös yhteiset kotikäynnit. Yhteistyönä nostetaan esiin myös yhteiset koulutustilaisuudet ja lastensuojelun mahdollisuus pyytää psykiatrian poliklinikalta lausuntoa asiakkaan asioissa.

*” (...) aika harvoin osallistuu mihinkään vanhemman hoitoneuvotteluun. Mä en nyt ihan heti muista yhtään itse asiassa tässä, että mä oisin itse osallistunu. Jonku verran on ollu niin, että psykiatrian poliklinikalta on saattanut tulla meidän johonkin lastensuojelun verkostotapaamiseen työntekijä. Mutta aika harvoin niin päin, että meiltä menis sit vanhemman tapaamiseen tai ittellä ei ole semmosia kokemuksia. Ehkä se yhteistyö on enemmän semmosta yhteydenottamista, soittamista, selvittämistä, että kuka se työntekijä on, mitä siellä psykiatrian poliklinikalla tapahtuu. Ja ehkä sit semmosta tiedottamista, että mitä lastensuojelussa tapahtuu. Ja ehkä puhelimitse saatetaan sopia semmosii linjavetoja tai mihin me täällä keskitytään ja mikä on sen psykiatrian poliklinikan, niin*

*heidän tehtävissä sitte. Ehkä sen tyyppistä yhteistyötä ja sitte semmosta yleistä tiedottamista, jos on vaikka joku perheneuvolan kontakti ja voi olla, että heillä ei ole psykiatrian puolella siitäkään tietoa, jotenkin semmosta koordinointia, että mitä tapahtuu missäkin.” - lastensuojelun työntekijä*

Haastateltavien kertomasta on luettavissa useita erilaisia tavoitteita sille, miksi asiakkaan asioissa on ollut tarve tehdä yhteistyötä toisen organisaation kanssa. Työntekijä saattaa esimerkiksi pyytää puhelimitse apua toisesta organisaatiosta, kun asiakkaan ilmaisemaan (palvelu)tarpeeseen ei pystytä vastaamaan omassa organisaatiossa. Toista organisaatiota saatetaan myös konsultoida puhelimitse epäselvissä tilanteissa. Kun verkostoneuvottelu pidetään, sen funktiona nähdään olevan tietojen vaihtaminen ja työnjaosta sopiminen, jotta päällekkäiseltä työtä vältytään. Toisaalta se voidaan nähdä merkityksellisenä myös siinä, että asiakkaan asioita ja tilannetta tarkastellaan samanaikaisesti monesta eri näkökulmasta.

Voidaan myös ajatella, että joskus verkostoneuvottelu tuo suoraa tietoa asiakkaan voinnista. Tällöin havainnollistua se, kuinka asiakas on vuorovaikutuksessa neuvottelun aikana ja millaisena vuorovaikutus asiakkaan ja työntekijöiden välillä näyttäytyy. Esimerkiksi psykoosisairaiden kohdalla työntekijä voi joutua pohtimaan, onko asiakkaan kuvaamissa ongelmissa esimerkiksi toista organisaatiota edustavan työntekijän kanssa kyse todellisista henkilökemiaan liittyvistä ongelmista vai jopa paranoiaista. Verkostoneuvottelut voivat jäädä yhteen tapaamiseen tai niitä voi olla useampia. Toistuessaan ne vaikuttaisivat liittyvät säännöllistä arviointia vaativiin asiakasprosesseihin eli pikemminkin haastavimpiin tilanteisiin, kuin tapaan työskennellä ylipäätään.

Osa psykiatrian poliklinikan ja lastensuojelun työntekijöistä nostaa esiin erityisesti lastensuojeluilmoitusten roolin osana yhteistyötä. Lastensuojeluilmoitusten tekeminen nähdään asiana, joka olisi syytä nostaa erikseen esille verkostoneuvotteluiden yhteydessä. Se, millaisissa tilanteissa ilmoitus täytyy tehdä ja kuinka niitä tulee tarvittaessa tehdä toistuvasti, tulisi käydä läpi ääneen asiakkaan läsnä ollessa. Erityisesti psykiatrian poliklinikan työssä on pohdittava, mikä vahvistaa ja mikä taas haastaa asiakkaan ja työntekijän välistä luottamusta. Tällöin lastensuojeluilmoitus voi tuntua erityisen vaikealta asialta. Psykiatrian poliklinikan työntekijällä voi olla epätietoisuutta siitä, mihin toimenpiteisiin ilmoitus johtaa.

Yksi yhteistyön muoto on yhteiset kotikäynnit, mitkä eivät ole kovin yleisiä. Sinänsä niille ei kuitenkaan nähdä olevan estettä, sillä kummankin organisaation työntekijät voivat suunnitella melko vapaasti omaa työtään. Haastateltavien kertoman perusteella yhteisen kotikäynnin tavoitteena on esimerkiksi tarve arvioida asiakkaan toimintakykyä arkiympäristössä tai saada tietoa lapsen tilanteesta. Tarve kotikäynnille voi nousta esimerkiksi siitä, että asiakas ei ole saapunut tapaamisiin. Kotikäynti saattaa tuoda esiin työntekijöiden tietoon jotain olennaista asiakkaan oireilusta, mikä ei ole ilmennyt muilla tapaamisilla. Tällainen ongelma-alue saattaa olla esimerkiksi tavaroiden hamstraus.

Yhteistyötä kuvataan myös niin, että kummallakin organisaatiolla on omat toimintaprosessinsa. Tällöin työntekijällä on parhaimmillaankin vain lähinnä luottamus siihen, että toisen organisaation palvelut pelaavat.

*”Varmaan jonkinlaisen sen jonkinlaisen yhteistyösuhteen sopiminen ja nää vastuualueitten selventäminen siinä tapaamisessa, et mistä asioista kukin. Et oltais tietosia mitä on tapahtumassa ja minkälainen hoitokuvio on. Kuinka tiheesti. Mut varmaan kyl täällä aika paljon luotetaan siihen, et lastensuojelu hoitaa sen palettinsa, kun on kuitenkin tiiviisti tavattava, ne päivät on ja on sitä välillistä potilastyötä pilvin pimein. Tavallaan luotetaan siihen, että kumpikin hoitaa sen oman hommansa ja koitetaan tarpeen tullen taikka säännöllisesti, joskushan on tarpeen sopia ihan säännöllisetkin tämmöset arvioinnit, että missä mennään. Mut ehkä enemmän se on tarpeen mukaan sitten.” - poliklinikan työntekijä*

Kaiken kaikkiaan haastateltavien kuvaama yhteistyö vaikuttaa melko pinnalliselta. Aineiston perusteella lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö näyttää olevan pikemminkin työskentelyä rinnakkain niin että ollaan samanaikaisesti tietoisia myös toisesta toimijasta.

### **5.3 Yhteistyön onnistumiset ja riskikohdat**

Aineiston sisällönanalyysissä ilmeni useita yhteistyötä tukevia tai sitä rajoittavia tekijöitä. Esitän ne kootusti taulukoissa 2 ja 3. Haastattelupuheesta on hahmoteltavissa kaksi alaryhmää, joissa toisessa nousee esiin asennoitumiseen liittyviä tekijöitä ja toisessa enemmän käytännön työhön liittyviä asioita. Ne voivat olla joitain osin myös

päällekkäisiä. Esimerkiksi asiakassuhteessa ilmenevä molemminpuolinen luottamus ja/tai tuttuus korreloi usein asiakassuhteen keston ja työntekijöiden pysyvyyden kanssa.

**Taulukko 2. Yhteistyön onnistumista tukevat tekijät**

<b>Asennoitumiseen liittyvät yhteistyötä tukevat tekijät</b>	<b>Käytännön työhön liittyvät yhteistyötä tukevat tekijät</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakas haluaa ottaa vastaan tarjottua palvelua</li> <li>- Asiakkaan ja työntekijän luottamuksellinen suhde, tuttuus</li> <li>- Työntekijän halu tehdä yhteistyötä</li> <li>- Työntekijä kunnioittaa toisen ammattitaitoa ja huomioi tämän näkemykset</li> <li>- Työntekijöiden yhteinen tutkiminen, ei-tietämisen myöntäminen ja sietäminen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakkaan suhteellisen vakaa elämäntilanne</li> <li>- Työntekijöiden pysyvyys</li> <li>- Toisen organisaation ja sen tekemän työn tuntemus</li> <li>- Yhteiset tapaamiset tai muu yhteydenpito, säännönmukaisuus</li> <li>- Päätös siitä, miten kunkin asiakkaan kanssa toimitaan</li> <li>- Tavoitteiden asettaminen, selkeä työnjako</li> <li>- Pitkäjänteinen työskentely</li> </ul>

Onnistuneissa yhteistyökokemuksissa on pystytty vaihtamaan tietoa ja näkemyksiä. Työntekijälle on tullut tunne siitä, että omaa ammattitaitoa kunnioitetaan, mutta toisen organisaation työntekijä ottaa työskentelyssään huomioon myös toisen ammattialaan kuuluvia asioita. Toisaalta on saatu sovittua mielekkästä työnjaosta. Yhteistyössä on näkynyt arvostus toisen ammattitaitoa ja osaamista kohtaan.

*”Onnistumiset on sellasia, että ei ole epärealistisia odotuksia siitä mihin me pystytään, eikä vaatimuksia siitä ja tästä. Ja jotenkin semmonen, että sitä toistemme asiantuntijuutta kunnioitetaan ja kuunnellaan, niin se on mun mielestä aina silloin onnistunutta.” - poliklinikan työntekijä*



*”(...) Ja ehkä sit on ollu, että ne on myös ajatellu sitä lapsen näkökulmaa, että miten vaikka ne hoitaa siellä sitä vanhempaa ja miten se näkyy siinä arjessa se vanhemman vointi ja miten se vaikuttaa siihen lapsen hoitoon ja onko siihen edellytyksiä, niin se on ollu semmonen, mikä siinä on ollu hyvää. - lastensuojelun työntekijä*

Onnistuneessa yhteistyössä on valinnut luottamuksen henki niin työntekijöiden kuin asiakkaiden kesken. Luottamus mahdollistaa tuloksellisen työskentelyn. Asiakkaan tilanteesta on saatu tehtyä yhteinen arvio.

*”Miten mä nyt sen määrittelin, että mikä on ollut onnistunut... Se on ollut se, että on tavoitettu, tunnetaan, on päästy hyvään neuvotteluyhteyteen ja tullu semmonen kokemus niin sille asiakkaalle kuin vastuutyöntekijälle, että tässä ollaan kuitenkin sen asiakkaan puolella. Että kaikki tuetaan, vaikka se ei aina tuntuis niin hyvältä, niin sitte kuitenkin sen perheen hyvinvoinnin on se tavoite.” - poliklinikan työntekijä*

*”No sitä tuki varmaan se, että hän oli jo aiemmin, hänellä oli pitkät asiakassuhteet molempiin tahoihin. Et siinä tuki semmonen, myös siinä mun työskentelyssäni niin, että, mä tunsin asiakkaan, mä olin työskennellyt hänen kanssaan pitkään, hän tavallaan luotti, että pystyin asettamaan sitte sen vaatimuksen (...) että hän otti sen niinku nyt täytyy tapahtua muutos tai hän ei voi jatkaa lähivanhempana. Ja samalla tavalla hänellä oli niin, että se aikuispsykiatrian työntekijä kykeni olemaan siinä rinnalla ja tukemaan ja tekemään paljon kotikäyntejä. Olemaan siinä mukana. Et siinä oli varmaan se, että siihen pystyttiin resursoimaankin hyvin.” - lastensuojelun työntekijä*

Puhuttaessa yhteistyön onnistumisesta useat haastateltavat kokevat yhteistyösuhteen syntymisen sinänsä olevan jo onnistuminen ja he saattoivat todeta, että ”kaikkihan ne ovat olleet onnistuneita”. Aineiston perusteella onkin havaittavissa, että kahden eri organisaation välinen yhteistyö ei ole itsestäänselvyys ohjeistuksesta huolimatta.

**Taulukko 3. Yhteistyötä rajoittavat tekijät**

Asennoitumiseen liittyvät yhteistyötä rajoittavat tekijät	Käytännön työhön liittyvät yhteistyötä rajoittavat tekijät
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asiakas vastentahtoinen</li> <li>- Työntekijä haluton yhteistyöhön, kieltäytyminen, näennäinen yhteistyö</li> <li>- Työntekijöiden lukkoon lyödyt käsitykset</li> <li>- Työntekijä ei huomioi yhteistyökumppanin näkemyksiä, pahimmillaan valtataistelu</li> <li>- Asiakas pelkää, että tietoja voidaan käyttää häntä vastaan, työntekijän sana ei paina, ei yhteistä ymmärrystä tai tavoitteita</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Työntekijöiden vaihtuvuus, epätietoisuus, selvittelyn tarve</li> <li>- Asiakkaan kaoottinen elämäntilanne</li> <li>- Tietämättömyys, epärealistiset odotukset, kohtuuttomat pyynnöt</li> <li>- Tiedonkulun ongelmat</li> <li>- Rinnakkaiset tai vastakkaiset suunnitelmat, päällekkäinen työ</li> <li>- Suuret asiakasmäärät, joustamattomat aikataulut</li> <li>- Odotusajat (esim. tietyn palvelun alkaminen) ja palvelujärjestelmien eritahtisuus</li> </ul>

Haastateltavien oli huomattavasti vaikeampi nostaa esiin epäonnistuneita yhteistyökokemuksia. Pellinen (1996, 137) havaitsi tutkimuksessaan, että yhteistyön ollessa vähäistä myös ristiriitoja oli vaikea tunnistaa ja nimetä sosiaali- ja terveystoimen toimijoiden välillä. Erot tulivat näkyviin, tunnistetuiksi ja paikannetuiksi hitaasti yhteisen työskentelyn myötä. Myöhemmin haastattelupuhetta analysoidessani havaitsin, että haasteita löytyi kuitenkin runsaasti. Haastateltavat kuvasivat esimerkiksi tilanteita, joissa kahden eri organisaation välillä on hyvin erilainen käsitys siitä, kuinka huolestuttava asiakkaan (tai hänen perheensä) tilanne on. Tällöin työntekijöiden kokema huoli ei kohtaa. Työntekijät voivat kokea puolin tai toisin, että ”miksei ne tee mitään” tai ”että olisi pitänyt tehdä jotain jo kauan sitten”. Samoin jo edellä kuvattu osassa lastensuojelun asiakasvanhempia ilmenevä vastentahtoisuus voidaan nähdä hyvin ongelmallisena. Tällöin asiakkaiden toiminta haastaa poliklinikalla yleisesti sovitut

toimintakäytännöt kuten sen, että asiakkuus tulee päättää, jos asiakas ei sitoudu asiakkuuteen.

Hankaliksi koetaan kaiken kaikkiaan ne tilanteet, joissa toisen organisaation edustajalla tuntuu olevan kohtuuttomaksi koetut odotukset. Etenkin psykiatrian poliklinikan työntekijät tuovat esiin oman työnsä rajallisuuden tiettyjen ongelmien äärellä. On asiakkaita, joiden kohdalla heidän toimintakyvyssään tai vaikkapa tavassaan olla vuorovaikutuksessa ei työntekijöiden arvion mukaan ole odotettavissa suuria muutoksia, vaikka asiakkaita esimerkiksi tavattaisiin tiiviimmin. Peltosen (1995, 246–247) tutkimuksessa tuli esille hyvin samankaltaisia seikkoja yhteistyön haasteisiin liittyen kuin omassa tutkimuksessani. Sosiaalityöntekijät kokivat ongelmalliseksi sen, että mielenterveyspalveluista ei saatu työparia kotikäynneille. Sosiaalityöntekijät pohtivat myös sitä, kuinka hoitosuhteen syntyminen jää mielenterveyspalveluissa viime kädessä ihmisen itsensä vastuulle. Vastaavasti mielenterveyspalveluissa toivottiin ymmärrystä hoidon vapaaehtoisuudelle. Mielenterveyspalvelujen työntekijät pohtivat myös sitä, kuinka oman potilaan etu pitää asettaa toiselle sijalle suhteessa lastensuojelun ja lapsen edun vuoksi ja kuinka tämä voi vaikuttaa asiakassuhteeseen. Ongelmallisiksi kumpikin osapuoli nosti tilanteet, joissa yhteistyötahon esittämät toiveet työskentelylle nähtiin epärealistisina.

*”Kyllähän mä esimerkiksi ajattelen, sillä tavalla, että kyllä psykiatria minusta hirvittävästi kohdistetaan odotuksia, en sano, että lastensuojelu, vaan noin niinku ylipäänsä (...) saattaa olla ehkä vähän liian herkästi muilla semmonen ajatus, että täällä psykiatriassa aina voitaisiin asioille jotakin. Asiat ei aina muutu, ei potilaan oireilu, eikä hänen näkemys itsestään tai muista asioista, se ei muutu, vaikka me miten täällä hänen... meillä olis terapeutisia keskusteluja kerran viikossa, koska sehän on aika usein se viesti, että tavatkaa nyt tiiviimmin, tavatkaa nyt tiiviimmin, että se olis niinku siitä kiinni.” - poliklinikan työntekijä*

Pirullisten ongelmien näkökulmasta arvioituna työntekijöiden kokema epätietoisuus ja varmasti joskus ahdistuskin lienee tyypillistä. Sitä voisi lievittää tietoisuus, että pirullisten ongelmien kohdalla ei voi välttämättä edes ajatella niiden ”ratkaisemisesta”, vaan onnistunut lopputulos voi olla se, että eri toimijoilla on jaettu käsitys ongelman luonteesta sekä siitä, mitä eri toimintamahdollisuuksia tilanteessa on. (Head & Alford 2015, 718.) Kritiikkiä herättää myös se, jos työntekijä astuu ikään kuin toisen tontille arvioimaan ja ohjeistamaan niin asiakasta kuin yhteistyökumppaneitakin.

*”Että he eivät anna... että lastensuojelun sosiaalityöntekijä hoitaa huostaanottoasiat, esimerkiksi. Että ei sanota niin kuin jossain hoitoneuvottelussa, että tämä lapsi pitää huostaanottaa. Ihan tolleen vaan, yhtenä lauseena, koska se ei tuota mitään. Niin ei saa sanoa, eihän mekään sanota jossain neuvottelussa lääkärille, että tota pitää pakkohoitaa. Ainakaan asiakkaan edessä. Yleensä emme.” - lastensuojelun työntekijä -*

*”Just esimerkiksi tälläisiä, että ainakin potilas sanoo, että lastensuojelu on sitä mieltä, että hän hyötyis psykoterapiasta. Eli potilaalle annetaan ihan suoraan hoitosuositus. Se sit tietysti aiheuttaa potilaalle paljon pettymystä, vääriä odotuksia ja pettymystä ja sit on hirveen kurja olla se ihminen, joka realisoi sitä, miksi en usko, että se tällä hetkellä häntä hyödyttää.” - poliklinikan työntekijä*

Kärjistetysti voidaan sanoa, että lastensuojelun työntekijät kokevat erittäin ongelmallisena sen, jos heiltä ”tilataan sijoitus tai huostaanotto”. Psykiatrian poliklinikan työntekijät taas vierastavat sitä, että lastensuojelun työntekijät antavat potilaalle hoitosuosituksia. Kuten edellisestä haastattelusitaatista ilmenee, voi lastensuojelun työntekijä esimerkiksi suositella asiakkaalle psykoterapiaa tilanteessa, jossa psykiatrian poliklinikalla ei nähdä sitä mahdollisena. Tämänkaltaista toimintaa tulkitaan niin, että työntekijä ei tunne toisen organisaation työtä ohjaavaa lainsäädäntöä tai muuta ohjeistusta riittävästi, eikä työntekijä ole riittävästi perillä toisen organisaation työn sisällöstä. Lisäksi niin onnistumisten kuin haasteidenkin osalta nousee esiin myös henkilösuhteisiin ja yksittäisten työntekijöiden työotteeseen liittyvät asiat.

## **5.4 Tiedon rooli työskentelyssä**

Se, että työntekeä jäsennetään tiettyjen kriteerien tai rajausten mukaan, tai että työskentely perustellusti päätetään, vaatii taustatietoa. Tieto liittyy olennaisesti työntekijöiden tekemiin arviointeihin asiakkaan tilanteesta. Lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan väliseen yhteistyöhön vaikuttaa se, että kummankin taustalla on erilainen tietopohja ja erilainen asiantuntijuus. Lisäksi yhteistyöhön vaikuttaa perustavanlaatuisella tavalla se, kuinka työntekijä näkee oman paikkansa osana laajempaa kokonaisuutta. Oman perustehtävän hahmottamisen tärkeyttä

organisaatioiden välisen yhteistyön kannalta on pohtinut muun muassa Peltonen (1995, 192–193), joka käyttää position käsitettä. Kirjoittajan mukaan oman position hahmottaminen on oikeastaan lähtökohta kaikelle yhteistyölle verkostoissa. Vasta oman position hahmottamisen kautta työntekijä voi syvällisesti ymmärtää oman paikkansa asiakkaan palvelukokonaisuudessa.

Pyysin haastateltavia arvioimaan sitä, miten he hahmottavat sekä oman että toisen tutkimuksen kohteena olevan organisaationsa ydintehtävän ja asiantuntijuuden. Vastausten perusteella psykiatrian poliklinikan osalta niiden määrittäminen on huomattavasti selkeämpää ja rajatumpaa kuin lastensuojelussa. Terveystieteidenhuollossa ongelmien kuvaaminen, arvioiminen sekä ongelmatilanteiden ja niihin vastaavien palveluiden porrasteisuus perustuu diagnoosijärjestelmään (Yliruka ym. 2018, 7).

Psykiatrian poliklinikan tehtävänä on psykiatrisen avohoidon järjestämisen tietyin perustein valikoidulle asiakaskunnalle. Tässä yhteydessä kokonaisvaltainen vanhemmuuden sekä asiakkaan muun elämänpiirin huomioiminen nousi esille. Poliklinikan työntekijät voivat myös nähdä omana perustehtävänä sen sairauden hoidon, mitä koskevassa työryhmässä he työskentelevät. Toisaalta haastateltavat nostavat esiin, että poliklinikan ydinasiakkaita olisivat ennen kaikkea psykoosia sairastavat sillä muulla tavoin oireilevien on mahdollista saada apua myös muualta. Sekä poliklinikan työntekijät että lastensuojelun työntekijät liittyvät poliklinikan työntekijöiden asiantuntijuuden psykiatrisen hoitotyön osaamiseen sekä syvälliseen ymmärrykseen mielen sairauksista.

Lastensuojelun ydintehtävä ja asiantuntijuus ovat kummankin ryhmän mukaan selkeästi monitahoisemmat, mutta toisaalta eri organisaatioita edustavat haastateltavat ovat siitä melko yksimielisiä. Kummankin organisaation edustajien vastausten perusteella lastensuojelun tehtävä on kantaa vastuuta lasten turvallisuudesta sekä toimia lapsilähtöisesti. Lastensuojelun työntekijöiden asiantuntijuuden osalta kummassakin ryhmässä nousee esille tieto lasten kehitykseen vaikuttavista tekijöistä, juridinen osaaminen sekä verkostotyön hallitseminen. Sen sijaan muiden aihepiirien osalta vastaukset eriävät jossain määrin. Psykiatrian poliklinikan työntekijät liittyvät lastensuojelun työntekijän osaamisen perinteisiin sosiaalityön osa-alueisiin, joita ovat vastausten perusteella sosiaaliturvan ja palvelujärjestelmän tuntemus sekä hieman

yllättäen asumiseen liittyviin tekijät. Lastensuojelun työntekijät korostivat lastensuojelutyöhön ja prosesseihin liittyvää osaamista, arviointitaitoja, lapsilähtöisyyttä sekä vuorovaikutustaitoja. Yhtenä osa alueena nähdään olevan myös ymmärrys perheen arjen tukemisesta.

Asiakastilanteiden ja palvelujärjestelmän kompleksivisuus vaatii sosiaalityöntekijältä erityisosaamista. Sosiaalityöntekijän on osattava suunnitella ja ohjata asiakasprosesseja sekä ymmärrettävä ja osattava analysoida asiakkaiden elämäntilannetta kokonaisvaltaisesti. Sosiaalityön erityisosaaminen ei kohdennu yhden aihepiirin syvälliseen tuntemiseen, vaan pikemminkin laajojen kokonaisuuksien hahmottamiseen ja ydinongelmien tunnistamiseen. (Yliruka ym. 2018, 58.)

Aineiston perusteella työntekijät voivat kokea toisen organisaation työkäytännöt ja käytetyt käsitteet vieraina. Tämä ilmenee aiemmin esiteltynä yhteistyön vaikeuksina ja sitä ehkäisee yksittäisten työntekijöiden aiemmat kokemukset yhteistyöstä.

*”(...)lastensuojelun käytännöt on monelle niin epäselviä tai ei oo tuttuja. Et esimerkiksi kerran joku sano, että apua, nyt ne soittaa sieltä lastensuojelusta, niin mitä mä sanon. Tyyliin tälläsiä. Että se on niin vieras alue sitte (...) se on niin kauheen virallista, että mitä mä nyt sanon. Mitä mä saan sanoa. Tietenkin saa sanoa kaiken ja pitääkin sanoa mikä siihen lapsen tilanteeseen vaikuttaa. Mut se epätietoisuus. Se tiedon lisääminen olis mun mielestä tosi tärkeä.” - poliklinikan työntekijä*

*”...on hirveen erilaisia lastensuojelun työntekijöitä, mutta aika usein törmää siihen, että he ei oikeestaan tunne psykiatrian, päihdepuolen palveluita. Käsitteistökin on hyvin vieras, mikä sitte tulee esiin vähän koomisinakin ja hassunkurisina tilanteina, kun he on päässeet käsitykseen jostakin palvelusta ja ajattelee, että tää nyt sopis tähän ymmärtämättä mitä se on.” - poliklinikan työntekijä*

Lisäksi psykiatrian poliklinikan työntekijöiden vastauksissa toistuu lastensuojelutyöhön liittyvä arviointi. Aineistossa on myös pohdintaa siitä, että lasten ja perheiden tilanteiden arviointi korostuisi nimenomaan siksi, koska muuhun ei ole resursseja. Oma näkemykseni kuitenkin on, että erilaista arviointia tehdään kummassakin organisaatiossa ja lähes työskentelyn jokaisessa vaiheessa. Selvimmillään se kuitenkin lienee siinä vaiheessa, kun käydään ”neuvotteluita” joko hoidon aloittamisesta tai päättämisestä. Psykiatrian poliklinikalla on olemassa esimerkiksi uloskirjauksen kriteerit, joita voidaan arvioida esimerkiksi suhteessa käypä hoito - suosituksiin.

*”Ei, ei näissä oo määraaikaa, se katsotaan sen oireilun, että millon on. Ja kun mä puhun näistä hoitoprosesseista, niin niissähän on määritelty, että mikä on remissiovaihe vaikka masennuksessa tai kakssuuntasessa mielialahäiriössä. Sitte on määritelty niinku uloskirjotuksen kriteerit. Niin sit kun ne täytyy, mut tietysti eihän se sitä tarkota, että ihminen jäisi ilman hoitoa, koska niin monillehan jää sitte lääkitys ja siirtyy terveysasemalle. Mutta kaikkihan sen tietää, että siellä ei sitte ole millään tavalla kiinnipitävää tai aktiivista se hoitokontakti. Se perustuu siihen, että ihminen ite menee esittämään vaivansa ja ottaa sinne hoitopaikkaan yhteyttä.” - poliklinikan työntekijä*

Toisaalta kummastakin organisaatiosta löytyy asiakkaita, joiden kohdalla tuentarve on hyvinkin pitkäkestoista ja joka haastaa työlle asetetut ”mittaristot”. Heidän kohdallaan arviointi ja kriteerien asettaminen asiakkuuden päättämiseksi on haastavampaa. Psykiatrian poliklinikan työntekijät pohtivat esimerkiksi sitä, milloin voidaan katsoa tehdyn riittävästi kuntouttavaa työtä ja miten sitä tulisi arvioida. Arvioinnissa voidaan nojautua Käypä hoito - suosituksiin, jotka voivat kuitenkin olla kaukana arkityöstä ja antaa vain vähän tukea arvioitaessa asiakkaiden yksilöllisiä tilanteita.

*”Muutamasta kuukaudesta useampaan vuoteen. Se useampi vuosi on nyt vähän semmonen avoin, koska jos nuori tulee meille hoitoon heti aikuispsykiatriaan siirryttyään ja oireilua jatkuu, lääkehoidon tarvetta on, elämän suuria haasteita, koko elämän kirjo mukaan lukien. Niin se vie monta vuotta ennen kuin voidaan todeta, että ollaan varmoja siitä, että psykoosi ei romahduta. Tää on meille semmonen aika kinkkinen kysymys, koska tää on meillä työn alla. Että millon ollaan tehty riittävästi niin sanottua tehokasta kuntoutusta, jossa voidaan sen jälkeen arvioida, että vois pärjätä jossain vähän väljemmällä taikka koota sit siihen joku verkosto, joka korvais hiukan tätä.” - poliklinikan työntekijä*

Arvioinnin haastavuus on tuttua myös lastensuojelulle, minkä lisäksi lastensuojelusta puuttuvat tutkimusnäyttöön perustuvat työskentelysuositukset. Sekä psykiatrian poliklinikalla että lastensuojelussa arviointi on olennainen osa työtä, mutta lastensuojelussa painottuu nimenomaan lapsi- ja perhekohtainen arvio. Se voidaan nähdä samanaikaisesti sekä työn vahvuutena että heikkoutena. Käytännössä lapsen etua arvioitaessa kyse onkin eräänlaisesta ”riskianalyysistä”, jossa selvitetään käytettävissä olevat vaihtoehdot ja pohditaan niiden uhkia ja vahvuuksia. Vain harvoissa tapauksissa lapsen etu nousee esiin selkeänä ja yksittäisenä. (Taskinen 2007, 53.)

Lastensuojelussa nojaututaan vahvasti lastensuojelulakiin ja sosiaalityö on juridisoitunut viime vuosikymmeninä huomattavasti. Aihepiiriä tarkastellaan

havainnollisesti muun muassa Sinkon (2004, 74–75) lisensiaatintutkimuksessa, jossa kirjoittaja toteaa, että lait eivät sellaisenaan auta ratkaisemaan asiakkaiden monisyisiä ongelmia. Lastensuojelu kaipaa edelleen taustalleen enemmän valtakunnallista tilastollisesti edustavaa tietopohjaa sekä tutkimusnäyttöä. Toisaalta on muistettava, että kaikkein kompleksisimpien tilanteiden kohdalla edes tutkimustiedolla ei ole välttämättä juurikaan annettavaa tilanteiden ratkaisemiseksi. Sen sijaan ne vaativat muunlaisia tapoja sekä hahmottaa työn kontekstia että etsiä käytännön ratkaisuehdotuksia. (Head & Alford 2015, 722.) Kulloisetkin hyvät ratkaisumallit ovat tilannesidonnaisia, jolloin tärkeintä olisi tukea työntekijöitä niiden kehittämisessä osana omaa työtä.

## **5.5 Työntekijöiden erilaiset positiot**

Joiltain osin lastensuojelun lähtökohdat työskentelylle ovat lähes vastakkaiset verrattuna psykiatrian poliklinikkaan, mikä vaikuttanee myös kahden organisaation välillä tehtävään yhteistyöhön. Lastensuojelussa asiakkuuden alkaminen perustuu erilliseen päätökseen, joka ei ole asiakkaalle valituskelpoinen. Lastensuojelun asiakkuuden alkaminen ei ole sidoksissa asiakaslapsen tai tämän vanhempien motivaatioon työskentelyä kohtaan. Niiden suhde voi olla jopa käänteinen siltä osin, että lastensuojelullinen huoli ja työntekijän työskentely-yritykset ovat mittarin yläpäässä niiden lasten ja perheiden kohdalla, jotka ovat vastentahtoisia työskentelyä kohtaan.

Lapsen ja perheen tilannetta voi olla tällöin vaikea arvioida tai työskennellä muutoksen aikaansaamiseksi. Tällöin on jopa todennäköistä, että työskentelyn jossain vaiheessa perheeseen kohdistetaan vastentahtoisia toimenpiteitä muodossa tai toisessa asioiden selvittämiseksi. Lisäksi avohuollon tukitoimien järjestämisvastuu on kirjattu lastensuojelulakiin ja sitä, miten asian suhteen on toimittu, arvioidaan esimerkiksi huostaanoton yhteydessä. Vastuusosiaalityöntekijän on oltava valmis vastaamaan hallinto-oikeudessa työskentelyä koskeviin kysymyksiin erimielisyyksien ilmetessä. Ylirukan ym. (2018, 47) mukaan lastensuojelun sosiaalityön vieraus yhteistyökumppaneille näkyy esimerkiksi siinä, että muilla aloilla ei tiedetä tai ymmärretä tätä.



Kuten todettiin, psykiatrian poliklinikalla asiakkuuden päättäminen taas voi olla seurausta paitsi asiakkaan voinnin kohentumisesta, niin myös asiakkaan sitoutumattomuudesta hoitoon. Aineistosta on luettavissa hyvin vahvana ajatus siitä, kuinka hoito perustuu, ja sen tulee perustua asiakkaan omaan motivaatioon. Työntekijät tulkitsevat sitä esimerkiksi niin, että jos asiakas ei sitoudu käynteihin, hoito ei ole ollut oikea-aikaista.

*”No meillähän on hoitoprosessit aukikirjotettuja ja määriteltyjä aika tarkasti ja tietysti niissä me on määritelty, ketkä on ne potilasryhmät tai mitä sairautta sairastavat on ne mitä me kalastellaan ja jotka me sitte jätetään oman onnen nojaan. Ja on määritelty tietty aika, että jos potilas jättää saapumatta vastaanotolle, hänestä ei kuulu esim. kolmeen kuukauteen mitään, niin, jos on ns. kevyempi diagnoosi, niin soronoo, hoitosuhde katkes siihen sitte. Ja ehkä ajatellaan, että tää ei ollu nyt oikea aika tulla, et sitte joskus voi palata uudella läheteellä joskus myöhemmin. Mutta vaikka esimerkiksi psykoosisairaat ja kakssuuntastakin mielialahäiriötä sairastavat, nää ykköstyyppejä, joka siinä on se vakavampi, niin ja kyllähän näissä yhteyksissä sitte ajatellaan sitä perhetilannetta, että jos on pieniä lapsia tai näin, niin kyllähän me heitä priorisoidaan myös. Mutta ei se nyt varmaan ihan sillä tasolla oo, että jos on pieniä lapsia, niin sitten me aina heitä kalasteltais. Riippuu tietysti siitä elämäntilanteesta. Minkälaisena se on näyttäytynyt, minkälainen huoli herää siitä, että onko jokin muukin siellä, joka asuu vaikka toinen aikuinen hänen kanssa, joku joka kykenisi ilmoittamaan tilanteesta, jos siellä jotain katastrofaalista.” - poliklinikan työntekijä*

Poikkeuksen vaikuttaisi muodostavan työskentely psykoosia sairastavien kanssa. Tällöin kiinnipitävämpi työote on mahdollinen. Tämä voi tarkoittaa käytännössä sitä, että jos asiakasta ei tavoiteta, tehdään hänen luokseen kotikäynti poliisin virka-avun turvaamana. Tällöin ollaan jo lähellä lastensuojelun avohuollon käytänteitä. Yhtenä työmuotona psykoosisairaiden kohdalla voi myös olla pistoshoidon tarjoaminen kotiin vietyinä, jos asiakkaan on muuten syystä tai toisesta vaikea saapua saamaan hoitoa poliklinikalle. Aineiston perusteella hoitovastuun ja virkavastuun kysymykset vaikuttaisivat nousevan esille etenkin psykoosisairaiden hoidon yhteydessä.

Kaiken kaikkiaan lastensuojelun työntekijöiden roolissa korostuu motivointityön merkitys, sillä osalla asiakkaista ei ole hoitomotivaatiota ainakaan työskentelyn alkuvaiheessa tai voimavaroja avun hakemiseen on muutoin vähän. Lastensuojelussa asiakasta motivoidaan hakemaan apua ongelmiinsa ja hakeutumaan erilaisten palveluiden piiriin. Psykiatrian poliklinikan työntekijöiden osalta motivointityö ei noussut juurikaan esille. Lastensuojelun työntekijät taas kertoivat, että päihdepoliklinikan kanssa asiakkaan motivointityötä oli ainakin joissain tapauksissa

tehty yhdessä ja siltä osin yhteistyö päihdepoliklinikan kanssa nähtiin psykiatrian poliklinikan kanssa tehtävää yhteistyötä toimivampana.

Tähän katsottiin vaikuttavan sen, että lastensuojelun on mahdollista toimia lähettävänä tahona päihdepalveluiden piiriin. Lisäksi ongelmallinen päihteidenkäyttö on usein huomattavan paljon helpommin osoitettavissa, kuin vanhemman psyykkisen oireilun haitallisuus yksittäisen lapsen kannalta. Toisaalta päihdeongelmaisten motivaatio päihdehoitoa kohtaan voi tunnetusti olla hyvinkin alhainen ja motivointia on usein tehtävä työskentelyn eri vaiheissa. Lastensuojelusta on saatu tähän tukea päihdepalveluista ja käytännössä toisen palvelun työntekijä on voitu kutsua mukaan esimerkiksi yhteiselle tapaamiselle laskemaan palvelun piiriin hakeutumisen kynnystä. Tämä lienee mahdollista myös psykiatrian poliklinikan asiakkaiden kohdalla. Hoitoideologian erilaisuuden lisäksi esteeksi voi nousta kuitenkin jo entisestään suuri työpaine.

Työskentelyyn vastentahtoisten asiakkaiden kanssa työskentely on lopulta myös lastensuojelulle sekä käytännön työhön liittyvä että eettisesti haastava kysymys. Smithin ym. (2012, 1461–1462, 1468–1472) mukaan viime vuosina on vahvistunut ajatus sosiaalityön asiakasosallisuudesta. Samaan aikaan sosiaalityössä kohdataan runsaasti vastentahtoisia asiakkaita, jotka eivät ole hakeutuneet palveluiden piiriin vapaaehtoisesti, vaan esimerkiksi lain velvoittamina. Tällöin asiakkaiden sitouttaminen tapahtuu osana sosiaalityön arkisia kohtaamisia. Ylirukan ym. (2018, 59) mukaan palveluihin vastentahtoisesti suhtautuvien asiakkaiden kohdalla ongelmana ei ole palveluiden puute, vaan selkeiden prosessien ja työkalujen puuttuminen.

Trotter (2002, 38–40) on tutkinut vastentahtoisia asiakkuuksia lastensuojelun viitekehyksessä ja sitä, mitä toimintatapoja noudattamalla voidaan päästä parempiin tuloksiin ja molemmin puolin tyydyttävämpään asiakassuhteeseen. Tällöin on tärkeää käyttää aikaa sen läpikäymiseen, että asiakas ymmärtäisi lastensuojelun sosiaalityöntekijän roolin ja myös työntekijän kaksoisroolista liittyen sekä tukeen että kontrolliin tulisi keskustella avoimesti. Luottamukseen liittyvät tekijät tulisi avata ja ongelmanratkaisussa työntekijän tulisi huomioida se, miten asiakas itse määrittelee ongelmansa ja ottaa se yhdeksi työskentelyn lähtökohdaksi.

Arnkilinen & Erikssonin (1996, 133–135, 72) mukaan ristiriidat ovat sisäänrakennettuja psykososiaalisen palvelun yksiköiden ristiriitaisessa tehtävässä tarjota sekä tukea että kontrollia. Kirjoittajat nostavat esiin toisenlaisen näkökulman motivointityöhön. Heidän mukaansa tilanteissa, joissa asiakkaalla ei ole hoitomotivaatiota, on työntekijällä on täysi työ saada asiakas tajuamaan avuttomuutensa. Tällöin käy helposti niin, että vapaaehtoisuuteen perustuvissa yksiköissä asiakkaat äänestävät jaloillaan katkaisten kontaktin, kun taas velvoittavissa yksiköissä joudutaan helposti uhkaavuuden lisäämiseen niin asiakkaan kuin työntekijänkin taholta. Samoin voidaan pelata ikään kuin peliä, jonka kirjoittavat ovat nimenneet Kontrollin Musta Pekka –peliksi. Siinä työntekijät yrittävät delegoida kontrollivastuuta toisille, jotta voidaan pitäytyä niin sanotussa puhtaassa tuessa ja välttää siten vastakkainasettelua. ”Puhtaaseen tukeen” perustuvalla työskentelyllä on enemmän professionaalista nostetta. Kontrollista huolehtiminen taas delegoidaan ammattilaisille, jotka eivät voi kieltäytyä siitä. Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön on yksi esimerkki tämän kaltaisesta viranomaisesta.

Kontrollipeli voidaan liittää myös pirullisiin ongelmiin, sillä Pösön (2005, 5) mukaan vaikeiksi tai pirullisiksi ongelmiksi määriteltyjen asioiden parissa työskentely jää usein siihen tehtävään velvoitetuille viranomaisille. Tämän vuoksi on mahdollista, että jonkin muun palvelun ulkopuolelle jää asiakkaita, jotka tarvitsivat puuttumista. Näin ei kuitenkaan tapahdu itse ongelman vaikeuden tai kirjoittajan sanoin likaisuuden vuoksi. On myös huomioitava, että erityisen likaiset ongelmat seuraavat usein virkavastuuta. Lastensuojelussa se on velvoittava ja läsnä arjen työssä lähes päivittäin. Lastensuojelu toteuttaa myös paljon tahdonvastaisia toimenpiteitä ja käy ylipäättään juridista rajankäyntiä terveydenhuoltoa useammin. Psykiatrian poliklinikalla virkavastuuta kantavat lääkärit, eivät esimerkiksi sairaanhoitajat, jotka usein vastaavat käytännössä moniammatillisesta yhteistyöstä lastensuojelun kanssa. Tämän suhteen yhteistyö ei ole vastuunäkökulmasta arvioituna tasa-arvoisella pohjalla. Virka- ja hoitovastuun lisäksi tulisi kiinnittää huomiota myös siihen, kuka kantaa kokonaisvastuun asiakkaan tilanteesta ja palveluiden koordinoinnista (Yliruka ym. 2018, 44).

On mielenkiintoista, että psykiatrian poliklinikan työntekijöiden vastauksista ilmenee voimakkaasti lastensuojelutyöhön liittyvä arviointi. Aineistossa on myös pohdintaa siitä, että lasten ja perheiden tilanteiden arviointi korostuisi nimenomaan siksi, koska

muuhun ei ole resursseja. Toisaalta edelliseen viitaten voidaan myös ajatella, että lastensuojelussa arviointi on pakollinen osa työtä, eikä siitä voida kieltäytyä kuten muualla. Lastensuojelun vastuusosiaalityöntekijältä odotetaan asiantuntijuutta ja kannanottoja monenlaisissa asioissa.

*”(...) Musta tuntuu, että meiltä edellytetään aika monessa asiassa asiantuntijuutta ja ajatellaan, että meillä on moneenkin asiaan vastauksia tai toivotaan paljonkin semmosia ehkä linjauksia ja kannanottoja. Semmosta tiedon soveltamista ja siltä pohjalta johtopäätösten ja mahdollisten toimenpiteiden tekemistä, että sillä tavalla ehkä semmonen niinku, mä en tiedä vaikea ehkä sanoa millasta asiantuntijuutta meillä on. Mutta jotenkin tuntuu, että monessa asiassa pitäis pystyä tarvittaessa ottamaan kantaa....” - lastensuojelun työntekijä*

Seuraavat sitaatti psykiatrian poliklinikan työntekijän kertomasta kuvaa hyvin arviointityön vaikeutta ja vastuullisuutta. Arviointi lienee yhtä vaikeaa myös lastensuojelulle, mutta se on silti tehtävä ja kannettava myös asiaan liittyvä virkavastuu.

*”(...)meiltä on esimerkiksi kysytty arviota siitä, että tuleeko potilas jatkossa pahoinpitelemään lastaan. Meillä ei ole kristallipalloa. Me ei pystytä. Me voidaan sanoa sen tämän hetkisestä voinnista, mutta ei meillä ole mitään välinettä siihen, mitä tulevaisuudessa tapahtuu, ennustaa.” - poliklinikan työntekijä*

Samoin voidaan ajatella, että edellä kuvatun kaltainen arviointi on työntekijöille kuormittavaa ja jopa ahdistavaa. Työntekijät voivat kokea epävarmuutta ja riittämättömyyttä. Head ja Alford 2015, 729–730) ovatkin kiinnittäneet huomiota siihen, kuinka pirulliset ongelmat haastavat myös johtajuuden käsitteen. Yleisesti johtajuudelta odotetaan tietyn tavoitteen asettamista ja sen varmistamista, että tavoitteeseen päästään. Sen sijaan hyvin kompleksisissä ongelmatilanteissa johtajan tehtävänä on tukea työntekijöiden työtä, sillä näiden on itse asetettava tavoitteet sekä löydettävät oikeat toimintatavat. Johtajan rooliin voi kuulua myös sen työntekijöiden tuntemaan ahdistuksen vastaanottaminen, mitä ei tietämisestä usein seuraa.

*”No olen mä kuullut, mutta ei ole omalla kohdalla. Se on vähän semmonen, mitä mä oon kuullut, että lastensuojelulta delegoidaan semmosia tehtäviä, mitkä oikeesti tuntuu aika mahdottomilta, kun ei voi täälläkään taata sitä potilaan vointia. Et ikään kuin... ei me pystytä sitä ihmistä parantamaan, eikä pystytä pakottamaan tai saada mitenkään toimimaan toisin. Et annetaan tietoo, ihan kaikkea mahdollista mitä voidaan, mutta me ei voida pakottaa ihmistä hoitamaan itseensä. Sit se täytyy lähteä siltä pohjalta, että jos ei se vanhemmuus tai jos se vanhemmuus sellaisena haavoittaa, vaurioittaa lasta, niin sit siinä täytyy tehdä niitä toimenpiteitä, mitkä... Et sehän on tietysti sanotaan hyvin*

*onnistunutta lastensuojelua, jos niin toimitaan. Mutta se, että ikään kuin se heijastuu se lastensuojelun riittämättömyys, riittämättömyyden tunne paineena velvoittaa avohoitoon ratkaisemaan ongelmat.” - poliklinikan työntekijä*

Sitaatista ilmenee, että joissain tilanteissa lapsen sijoittaminen kodin ulkopuolelle on lopulta ainoa mahdollisuus suojata lasta. Toisaalta taas lapsen sijoitus on vasta viimesijainen toimenpide, jolloin etenkin huoltajien vastustaessa sijoitusta, on näytön lasta vaarantavista olosuhteista oltava riittävän painava. Tällöin tullaan kuitenkin siihen, että koska lastensuojelun työntekijöillä ei ole mahdollista ottaa kantaa suoraan vanhemman oireiluun, olisi arvion siitä tuleva terveydenhuollon ammattilaisilta. Tämä edellyttää lastensuojelun ja mielenterveyspalveluiden yhteistyötä ja luonnollisesti sitä, että asiakas on sitoutunut työskentelyyn edes jossain määrin. Tällöin lastensuojelusta ollaan ehkä hyvinkin motivoituneita yhteistyöhön. Pellinen (1996, 139) onkin pohtinut, onko terveydenhuollolla aina yksiselitteisesti edes näennäistä tarvetta tehdä yhteistyötä sosiaalityön kanssa jos esimerkiksi vastuu hoidosta määritellään hyvin yksilökeskeisesti.

Vaikka lastensuojelun avohuollossa asiakas on lapsi, niin todellisuudessa asiakkuuksia syntyy yhdessäkin perhetilanteessa useita. Yhdenkin asiakkaan myötä työskentelyyn voivat tulla mukaan esimerkiksi biologiset vanhemmat, uusioperheen myötä tulleet muut lapsen elämässä olevat aikuiset, mahdolliset täysi- ja puolisisarukset ja vaikkapa isovanhemmat. Tällöin lastensuojelun ja aikuispsykiatrian välisestä yhteistyöstä voi tehdä erityisen haastavaa se, että aikuisen ja lapsen tarpeet voivat erota toisistaan, jolloin työntekijöiden on koitettava tasapainotella niiden välillä (Davidson ym. 2012, 160).

Psykiatrian poliklinikan työntekijöistä osa nosti esille, että on joissain tilanteissa sääli, että hoitoon sitoutumattoman potilaan hoito psykiatrian poliklinikalla päättyy tai että uloskirjaaminen tapahtuisi asiakkaan kannalta liian aikaisin ja että tämän jälkeen myös lastensuojelun asiakkuus päättyisi. Näin ei kuitenkaan käytännössä tapahdu, kuten on todettu jo aiemmin. Sen sijaan lastensuojelussa voidaankin kohdata tämän vuoksi hyvinkin vaikeasti oireilevia asiakkaita, joiden kohdalla psykiatrinen avoterveydenhoito tai aina edes sairaalahoido eivät ole syystä tai toisesta toteutuneet. Lastensuojelussa tämä voi merkitä sitä, että motivoituneet, toimintakykyiset ja omassa asiassaan aktiiviset tulevat hoidetuksi. Tämän katsottiin voivan johtaa joidenkin asiakkaiden kohdalla

esimerkiksi ikävään pyöröovimalliin, jossa asiakas joutuu toistuvasti sairaalajaksolle. Toisaalta lastensuojelusta löytyy myös ymmärrystä hoidon vapaaehtoisuudelle.

*Haastattelija: Oletko koskaan ihmetellyt mitään asiaan toisen organisaation toiminnassa?*

*Haastateltava: En, koska se perustuu vapaaehtoisuuteen. Ei siinä ole mitään ihmettelemistä. Jos aikuinen ei halua, hän ei halua, se on hyvin yksinkertaista.*

*- lastensuojelun työntekijä*

*”Ensinnäkin perustuu vapaaehtoisuuteen, aikuinen henkilö hakee apua itselleen, perustuu vapaaehtoisuuteen. Hänelle luodaan jonkinlainen hoitosuunnitelma. Hän käy siellä suunnitelman mukaisesti riippuen mitä ongelmia hänellä on.” - lastensuojelun työntekijä*

Ylirukan ym. (2018, 38) kyselyssä sosiaalityöntekijöillä oli myös kriittisiä äänenpainoja ja he katsoivat, ettei työntekijöiden ei tulisi toimia vain oman organisaationsa lähtökohdista käsin ja pahimmassa tapauksessa ”jättää hommaa kesken”. Työntekijöiden tulisi selvittää syy siihen, miksi asiakas ei saavu tapaamisella ja miten organisaation toimintaa voitaisiin muuttaa, jotta asiakas tulisi autetuksi.

Edellä on tarkasteltu lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välistä yhteistyötä suhteessa tietoon ja työntekijöiden positioihin. Yhteneväisyyksien lisäksi myös eroavaisuuksia näyttäisi olevan runsaasti. Tässä valossa pirullisten ongelmien ilmeneminen ei liene yllätys. Headin ja Alfordin (2015, 716) mukaan pirulliset ongelmat juontavat usein juurensa eri tahojen erilaisista intresseistä ja arvoista, haasteista organisaatorajat ylittävässä yhteistyössä sekä tutkimustiedon puutteellisuudesta. Alla on esitetty kootusti vielä yhteistyöhön vaikuttavat eroavaisuudet lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välillä.

#### **Taulukko 4. Erot lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan työssä**

<b>Taustamuuttajat</b>	<b>Lastensuojelun avohuolto</b>	<b>Psykiatrian poliklinikka</b>
Työote	Velvoittavuus	Vapaaehtoisuus
Työn orientaatio	Kokonaisvaltaisuus	Jaottelu, porrasteisuus
Vallan kysymykset	Arviointivalta	Diagnosointivalta
Vastuun ala	Virkavastuu	Hoitovastuu
Asiakkuuden määritelmä	Perhe asiakkaana	Yksilö asiakkaana
Asema palvelujärjestelmässä	Riippuvuus muista palveluista	Palveluntarjoaja
Tiedonmuodostus	Lapsi- ja perhekohtainen arvio	Diagnoosit, Käypä hoito -suositukset jne.

Eroavaisuuksia voidaan peilata suhteessa moniin eri taustamuuttujiin valtakysymyksistä tiedonmuodostukseen. Ilman näiden tekijöiden esille nostamista ja rehellistä tarkastelua yhteistyötä ei ole mahdollista kehittää. Eroavaisuuksien herättämiä näkemyseroja ei tulisi myöskään lakaista maton alle, vaan ottaa ne osoituksena työssä kohdattavan ilmiökentän kompleksisuudesta.

## **6. Työskentely vanhemmuuden tukemiseksi**

### **6.1 Vanhemmuuden tukeminen psykiatrian poliklinikalla**

Aineiston perusteella vanhemmuus on aihe, joka nousee usein esiin asiakastapaamisissa psykiatrian poliklinikalla. Se ei kuitenkaan tule aina esiin asiakkaiden aktiivisesti tuottamana, vaan työntekijän täytyy kysyä siitä erikseen. Tyypillisesti työntekijä kysyy, miten asiakas kokee sillä hetkellä pärjäävänsä kotona lasten kanssa. Kysymys liittyy etenkin niihin tilanteisiin, joissa asiakkaan vointi on heikko. Psykiatrian poliklinikan tapaamisilla asiakkaat voivat myös vältellä lapsista puhumista. Haastateltavat arvioivat johtuvan siitä, että psyykkisesti huonovointinen saattaa oireilla käpertymällä itseensä ja

oleminen pyörii oman itsen ympärillä. Toisaalta vanhemmat voivat kertoa tuntevansa häpeää ja syyllisyyttä oman sairautensa vuoksi puutteellisen vanhemmuuden vuoksi. Vanhemmuuden ja lasten puheeksi ottaminen vaatii työntekijältä skarppiutta, jottei aihepiiriä sivuutettaisi kokonaan tai että se käsiteltäisiin vain hyvin pintapuolisesti.

*”Niin, se kyllä riippuu. Kyllä puhuu pääsääntöisesti. Tietysti on joitakin, joista joutuu vähän kalastelemaan sitä. Ehkä se liittyy heidän häiriönsä luonteeseen sitten, että se ei jotenkin, jos joku ulkopuolinen seurais sitä keskustelua ja jos työntekijä ei nostais sitä lasta tai vanhemmuutta puheeksi niin saattais tulla vaikutelma, että ei ole lapsia ollenkaan. Ne ei elä jotenkin siinä, mut että kyllähän silloin tietysti työntekijän täytytys olla semmonen skarppi, että vetää sitä koko elämän kokonaisuutta siihen. ”*  
- poliklinikan työntekijä

Vanhemmuuden puheeksi ottamisessa osa psykiatrian poliklinikan työntekijöistä tukeutuu aiheesta tuotettuun kirjalliseen materiaaliin. Lisäksi työntekijät ovat voineet saada koulutusta ja heillä voi olla vanhemmuuden tukemiseen liittyvää menetelmällistä osaamista, kuten esimerkiksi Toimiva lapsi ja perhe - työn koulutusta. Osalla työntekijöistä voi olla myös esimerkiksi perheterapeutin pätevyys. Psykiatrian poliklinikka on myös yhtenä järjestäjänä perheille suunnatussa Vertti - ryhmätoiminnassa. Ryhmä on vertaistuellinen ja sen tavoitteena on tukea vanhemmuutta ja vahvistaa lasta suojaavia tekijöitä silloin, kun vanhemmalla on mielenterveysproblematiikkaa.

Haastateltavat arvioivat, että psykiatrian poliklinikan työntekijöillä on paljon osaamista ja tietoa vanhemmuuteen liittyen. Samoin vanhemmuus nousi esiin laajana ja moninaisena, mikä kattoi myös esimerkiksi etävanhemmuuden. Toisaalta vanhemmuuden tema korostuu nimenomaan pienten lasten kohdalla, eivätkä nuoret nousseet niinkään esille. Tämä on lastensuojelun näkökulmasta arvioituna mielenkiintoista, sillä esimerkiksi kiireellisten sijoitusten osalta nuorten määrä on huomattavasti suurempi kuin pikkulasten. Nuorten oman oireilun ja/tai itseä vaarantavan käytöksen ohella sijoitusten taustalla on usein myös vanhempien mielenterveysproblematiikkaa, mikä kuormittaa perhetilannetta ja vaikuttaa lapsen ja vanhemman väliseen vuorovaikutukseen. Kyse voi olla ylisukupolvisista ongelmista.

Aineiston perusteella lapsia ei tavata juurikaan psykiatrian poliklinikalla, mutta sen sijaan asiakkaan kumppaniin tai vanhempiin voidaan olla yhteydessä. Eräs haastateltava



kuvasi, että lastensuojelullisen huolen herättyä hän pyrkii tapaamaan myös toisen vanhemman ja arvioi hänen tarjoamaansa tukea perheen kokonaistilanteessa. Jos se ei riittävää, tekee hän lastensuojeluilmoituksen. Tilannearvio tapahtuu suhteessa vanhemman sairauden vakavuuteen ja lasten ikään. Osan asiakkaista kohdalla tietyt huolenaiheet ja tuentarve ovat läsnä raskauden suunnittelusta lähtien. Lisäksi yksi osa alue psykiatrian poliklinikan työntekijöiden vanhemmuuden tukemisessa on palveluohjaus eli asiakkaan opastaminen oikeanlaisen avun piiriin. Asiakkaan kanssa voidaan keskustella esimerkiksi kotipalvelun tarpeesta. Toisaalta työntekijä voi tässä vaiheessa kääntyä myös lastensuojelun puoleen ja lastensuojelun työntekijä voi saada selvitettäväkseen epäselvät tilanteet ja harvinaiset tuentarpeet.

Kaiken kaikkiaan aineistosta on tunnistettavissa psykiatrian poliklinikan osalta monenlaisia työtapoja ja toimintakäytäntöjä, joiden tavoitteena on tukea asiakasta toimimaan vanhempana ja siten auttaa myös lasta. Toisaalta myös eriäviä näkökulmia nousee esiin poliklinikan työntekijöiden keskuudessa. Vanhemmuuden tukemisessa on suuria työntekijäkohtaisia eroja ja hoitoidologia voidaan työntekijästä riippuen tulkita myös hyvin yksilökeskeisesti. Tällöin kaiken nähdään riippuvan yksilön voimavaroista, eikä ihmistä hahmoteta suhteessa ympäröivään sosiaaliseen yhteisöön ja kokonaisuuteen. Tällöin vanhemmuus tai perhetyö eivät myöskään nouse esille hoitotiimeissä ajankohtaisena tai ylipäätään kiinnostavana teemana. Perhetyö voidaan nähdä itsestäänselvyytenä, jota ”osaavat kaikki”. Työntekijällä voi nousta huoli siitä, kuka tukee ylipäätään vanhemmuutta, jos lastensuojelun asiakkuuttakaan ei ole.

*”....Eivät ole kiinnostuneita, perhetyötähän osaa jokainen tehdä. Se on niinku vähän semmonen. Surullista, mutta näin.” - poliklinikan työntekijä*

*”Siis jossain työryhmissä tehdään enemmän perhekeskeisesti kuin toisissa. Ja musta sekin on vähän... no hoitajariippuvaista, niin surullista ku se on sanoa. Jos joku tuntee omakseen tehdä perhekeskeisesti työtä, niin toki sillon tekee, mut sit jos ei tunne, niin sit se menee aika yksilökeskeisesti jotenkin se työ.” - poliklinikan työntekijä*

Perhetyö voidaan nähdä paitsi itsestään selvyytenä ja ei-kiinnostavana, niin myös työnä, jonka paikka psykiatrian poliklinikan palveluissa on epäselvä. Perhetyön voidaan esimerkiksi katsoa kuuluvan poliklinikan sosiaalityöntekijöille, eikä varsinaista hoitotyötä tekeville. Toisaalta sosiaalityöntekijän tehtäväksi voidaan hahmottaa

nimenomaan asioiden hoitamisen, eikä vanhemmuuden tukeminen tällöin kuulu myöskään heille. Samoin on mahdollista, että työntekijä ei ole ylipäättään tietoinen perheille suunnatuista palveluista, eikä pysty sen vuoksi auttamaan. Osassa perheistä taas kaikkien jäsenten oireilu on jo niin vakavaa, että työntekijä arvioi, että olemassa olevat tukimuodot eivät ole mahdollisia tai riittäviä.

Psykiatrian poliklinikan työntekijöiden haastatteluiden mukaan vanhemmuus on asiakastapaamisten aiheena todennäköisemmin silloin, kun perheen asioissa on samaan aikaan käynnissä lastensuojelutarpeen arviointi. Asia on tuolloin ajankohtainen. Toisaalta itse vanhemmuuden arvioinnin katsotaan olevan työntekijälle vaikeaa. Lastensuojelun kanssa yhteistyön ongelmana on se, että lastensuojeluilmoituksen jälkeen tieto perheen tilanteesta ja siitä, mihin toimenpiteisiin oli mahdollisesti ryhdytty, ei palaudu ilmoittajalle. Lastensuojelulta kuitenkin odotetaan konkreettista apua perheelle.

## **6.2 Vanhempien mielenterveyteen liittyvä problematiikka lastensuojelussa**

Lastensuojelun sosiaalityöntekijät näkevät työssään vanhemman mielenterveysongelmien negatiivisia vaikutuksia suhteessa vanhemmuuteen, lapsiin ja perheisiin. Aineiston mukaan vanhemmilla esiintyy poikkeavaa käytöstä, vaikeuksia vuorovaikutuksessa, voimien vaihtelua ja jaksamattomuutta. Lisäksi lapsi voi joutua ottamaan ikätasoonsa nähden liikaa vastuuta ja häneen kohdistuva huolenpito on samaan aikaan puutteellista. Vaikea tilanne voi jatkua jopa vuosia. Tämä voi ilmetä lapsen kasvuympäristössä ja arjessa niin, että koti on huomattavan epäsiisti tai virikkeetön. Vanhemman voi myös olla vaikea pitää yllä arkirutiineja tai normaalia perhe-elämää. Samaan aikaan ongelmien pitkäkestoisuus on haaste palvelujärjestelmälle, sillä moni perheille suunnattu apu on tarkoitettu lyhytkestoiseksi.

*”Se on arvaamaton käytös, se, että lapsi joutuu ottamaan enemmän vastuuta, jos on masentunut vanhempi, samoin, jos on ahdistunut ja asioiden hoitamattomuus tai kykenemättömyys hoitamaan asioita ja ... ja ihan tämmösiä, ehkä lapsen, se, että hän ei saa riittävää huolenpitoa, ja hän joutuu ottamaan lapsena liian paljon vastuuta, kun vanhempi ei siihen kykene. Ja lapsen se, miten häntä kohdellaan, niinku jonkunlainen*

*arvaamattomuus, äkkipikaisuus, yllättävä kunnon romahtaminen...” - lastensuojelun työntekijä*

Aineiston perusteella lastensuojelun sosiaalityöntekijöiden vanhemmuuden tukemisen tavat ovat periaatteessa hyvin samankaltaisia kuin psykiatrian poliklinikan työntekijöiden. Vanhempien kanssa keskustellaan perheen tilanteesta. Keskustelun tavoitteena on tuoda lapsi tarpeineen näkyviin ja varmistaa tämän oikeus olla lapsi. Tapaamiset tapahtuvat usein perheen kotona, mikä mahdollistaa tilanteen arvioinnin lasten konkreettisessa elinympäristössä. Samoin kuin psykiatrian poliklinikan tapaamisissa, niin myös lastensuojelun tapaamisissa vanhemmat voivat pyrkiä vakuuttamaan työntekijän siitä, että kaikki on hyvin ja epäkohdat sivuutetaan. Toisaalta myös pelot ja huolet voivat olla läsnä. Vanhemmat voivat pelätä, että oma sairaus periytyy lapselle tai he voivat toisaalta huolehtia siitä, kuinka oma oireilu vaikuttaa lapseen.

Vanhemman voimavarat voivat olla hyvin vähäiset ja tämän vuoksi voidaan myös ajatella, että pelkkä puhuminen ei aina auta. Tällöin sosiaalityöntekijä voi tehdä asioita vanhemman puolesta, jos sen ajatellaan edesauttavan lapsen tilannetta. Sosiaalityöntekijä voi esimerkiksi ilmoittaa lapsen kesäleirille. Lastensuojelun työntekijöiden haastatteluissa nousee palvelujärjestelmän ongelmana esille ohjauksen ja neuvonnan suuri osuus. Niistä ei kuitenkaan ole apua, jos vanhemmalla ei ole voimavaroja tai kykyä noudattaa saamaansa ohjeistusta. Asioiden hoitamisen jäädessä vanhemman varaan, voi työskentely olla hyvin näennäistä.

*”Kyllä mä ajattelen, että meidän koko palvelujärjestelmässä on paljon sitä, että se jää asiakkaan varaan. Vaikka me hyvin tiedetään, että meillä on esimerkiksi syvästi masentunut vanhempi, joka ei saa mitään tehtyä, että ainut keino tehdä asioita on tässä ja nyt, vierihoidossa. Niin kyllä, mun mielestä tää palvelujärjestelmä hyvin herkästi toimii siten, että kiva, tää tapaaminen oli tässä, nyt sit meet kotiin ja hoitelet nämä ja nämä, täysin tietosena siitä, että eihän hän siihen kykene.” - lastensuojelun työntekijä*

Puhumisessa ajatuksena näyttäisi olevan, että sosiaalityöntekijä puhuu vanhemmalle ja vanhempi edelleen lapselle. Suoraan lapselle puhuminen vanhemman ongelmista ja perheen tilanteesta ei nouse aineistossa juurikaan esille. Se voi johtua siitä, että haastateltavilta kysyttiin nimenomaan vanhemman tukemisesta, eikä suoraan lapseen kohdistuvasta tuesta. Aihe on kuitenkin niin tärkeä, että sitä on syytä tarkastella. On

mahdollista, että vastuuta lapselle puhumisesta siirrellään auttajataholta toiselle, sillä sosiaalityöntekijät toivoivat lapsen tapaamisia myös psykiatrian poliklinikalta ja poliklinikan tukea vanhemmalle asioiden käsittelyssä lapsen kanssa. Tämän kaltaisia tapaamisia ei kuitenkaan aineiston perusteella psykiatrian poliklinikalla juurikaan järjestetä. Esimerkiksi suoraan lapselle kohdistettu psykoedukaatio ei Vertti - ryhmää lukuun ottamatta noussut esille psykiatrian poliklinikan työntekijöiden kertomana. Lopputulema voi siis pahimmillaan olla, että kukaan ei puhu lapsen kanssa. Tämä on tutkimuskirjallisuuden perusteella erityisen haitallista lapsen kasvun ja kehityksen kannalta. Puhumattomuudesta voi tulla perheessä kierre, johon myös auttajatahot tulevat vedetyksi mukaan. (Solantaus 2001b, 48–49.)

Lastensuojelun työntekijöiden haastatteluissa nousee esille toive siitä, että perhettä tavattaisiin yhdessä psykiatrian poliklinikan työntekijöiden kanssa. Tällöin omaa työtä tukemassa olisi myös poliklinikan työntekijöiden asiantuntijuus. Pohdin sitä, onko vanhemman mielenterveyskysymyksissä suoraan lapsen kanssa työskentelyn haaste siinä, että kumpikaan ammattiryhmä ei koe sitä omaksi osaamisalueekseen. Tokikin se kyllä paikantuisi luontevasti nimenomaan lastensuojelun tehtäväksi, mutta toisaalta lastensuojelu voi varoa ottamasta selkeää kantaa vanhemman terveyttä koskeviin kysymyksiin, sillä sosiaalityöntekijät eivät ole terveydenhuollon ammattilaisia. On myös huomioitava, että lastensuojelun asiakkaina on myös vanhempia, joiden on vaikea syystä tai toisesta hahmottaa omaa sairauttaan, minkä lisäksi asenne lastensuojelua kohtaan voi olla hyvin kielteinen. Tässä tilanteessa vanhemman terveyskysymysten käsittely voi olla sosiaalityöntekijöille haastava tehtävä.

Kaiken kaikkiaan vanhemman ja lapsen väliset vuorovaikutuskysymykset nousevat aineistossa yllättävän vähän esille. Sosiaalityöntekijän perheille tarjoama tuki on aineiston perusteella ennen kaikkea muuta kuin varsinaisesti vuorovaikutusta tukevaa. Apu vaikuttaisi keskittyvän arjen sujuvoittamiseen, palveluiden koordinoitiin sekä vanhemman psykiatrisen hoidon toteutumisen tukemiseen.

*”Pyrkii tukemaan siinä, että jos on se hoitokontakti, että se onnistuis ja ne käynnit siellä onnistuis ja sitte esimerkiksi jos on pieniä lapsia perheessä silleen, että he ei ehkä ole päiväkodissa, niin pyrkii mahdollistamaan sen, että pyrkii järjestämään vaikka sitä kotipalvelua tai muuta, että on sitä lastenhoitoapua, että ei ole sellaista estettä, etteikö se vanhempi pääsis hoitokäynneilleen. Semmoseen niinku mahdollistamiseen. Ja tokikin*

*kun meillä on aika paljon niitä vanhempia, jotka pohtii vasta sitä avunhakemista tai miettii sitä tarvitseeko ehkä terveydenhuollon palveluja, niin toki semmosta motivointityötä yrittää siihen liittyen tehdä.” - lastensuojelun työntekijä*

Tämä lienee lähellä totuutta, sillä vuorovaikutusongelmissa perheille haetaan yleensä sosiaalityöntekijän tapaamisten lisäksi lisätukea lastensuojelun perhetyöstä, perheneuvolasta tai muista vuorovaikutusongelmiin erikoistuneista palveluista. Toisaalta sosiaalityöntekijät ja psykiatrian poliklinikan työntekijät yleensä tuntevat asiakkaat ja heidän tilanteensa hyvin, jolloin edellytykset kaikenlaiselle työskentelylle olisivat hedelmälliset.

Lopuksi todettakoon, että vanhemmuuden tukeminen näyttäytyy aineiston perusteella aidosti kahden eri organisaation väliin jäävänä ja ideaalitilanteessa yhteistyönä tehtävänä tuen muotona. Psykiatrian poliklinikka hoitaa ennen kaikkea vanhempaa yksilönä, ja lastensuojelun työskentelyn keskiössä tulisi olla lapsen. Kummankin tahon on kuitenkin mahdollista nostaa esiin vanhemmuutta ja parhaimmillaan tarjota sen tueksi oma asiantuntijuutensa. Aineiston perusteella näyttäisi siltä, että vaarana on, että psykiatrian poliklinikalta tehdään lastensuojeluilmoitus ja tehtävä siirretään eteenpäin. Toisaalta työntekijä voi jäädä epätietoisena miettimään, mitä ilmoituksesta seuraa, ja kuinka asiat etenevät. Ilmoituksen vastaanottajapuolella lastensuojelussa taas voidaan kokea, että psykiatrian poliklinikan tarjoama tuki olisi tarpeen lastensuojeluilmoituksen kohteena olevien asioiden työstämisessä perheen kanssa.

## **7. Kompleksisen toimintaympäristön ongelmatilanteet**

### **7.1 Yhteistyön organisatoriset reunaehdot**

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö tapahtuu tietyn rakenteellisen viitekehyksen sisällä, mikä muodostaa sille reunaehdot. Nämä reunaehdot voivat hämärtyä käytännön asiakastyössä yksittäisten asiakastapausten kirjon keskellä. Kahden eri organisaation väliseen yhteistyöhön vaikuttaa olennaisesti se, kuinka hyvin eri instituutioiden toimintalogiikat ovat

sovitettavissa yhteen. Työn reunaehtojen hahmotteleminen on tärkeää, jottei yhteistyöhön liittyvien kysymysten tarkastelu jäisi pintapuoliseksi.

Seuraavassa olen pyrkinyt tarkastelemaan lastensuojelun avohuoltoa ja psykiatrian poliklinikkaa rakenteellisten yhteneväisyyksien ja erojen näkökulmasta. Lähtökohtaisesti on havaittavissa, että lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan taustalla on samanlaisia tai ainakin samoin nimettyjä rakenteita. Esitän ne seuraavaksi taulukon muodossa. Olen jatkanut ajatusleikkiä niin pitkälle, että rinnastan perhetyön ja kotikuntoutuksen sekä lastensuojelun tekemän sijoitusjakson (lyhytaikaisen) ja sairaalajakson.

**Taulukko 5. Lastensuojelun avohuollon sosiaalihuollon ja psykiatrian poliklinikan rakenteelliset samankaltaisuudet**

<b>Lastensuojelun avohuollon sosiaalityö</b>	<b>Psykiatrian poliklinikka</b>
Erityispalvelua	Erikoissairaanhoidtoa
Vaatii lastensuojelutarpeen arvion	Vaatii lähetteen
Vastuusosiaalityöntekijä	Vastuutyöntekijä
Asiakassuunnitelma	Hoitosuunnitelma
Perhetyö	Kotikuntoutus
Sijoitusjakso	Sairaalajakso

Yhteistä kahdelle tutkimuksen kohteena olevan organisaatiolle on, että kummassakin on kyse erityistasoisesta palvelusta. Kummassakin tapauksessa asiakkuuden tarve on arvioitu jonkin edeltävän palvelun toimesta. Asiakkaat eivät voi hakeutua suoraan kummankaan palvelun piiriin. Psykiatrian poliklinikan asiakkuuteen tullaan läheteellä. Psykiatrian poliklinikalla arviointi kuitenkin jatkuu myös tämän jälkeen ja asiakkuus käynnistyy tutkimus- ja selvittelyjaksolla. Hoitosuunnitelmakokous pidetään vasta tämän jälkeen. On myös mahdollista, että lähete palautetaan takaisin lähettäjätaholle.

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityöhön ohjaututaan taas lastensuojelutarpeen arvion perusteella. Lastensuojelun asiakkuuden alkamisesta tehdään päätös, ja avohuollon sosiaalityöntekijä ei tyypillisesti lähde arvioimaan asiakkuuden tarvetta tai asiakkaan tilannetta enää uudelleen, vaan työskentely käynnistyy jo tehdyn arvion perusteella. Vastuusosiaalityöntekijän pyrkii laatimaan mahdollisimman pian lastensuojelun asiakkuuden alettua asiakassuunnitelman, jonka mukaisesti työskentelyä ja perheelle haettavia palveluita suunnataan. Lastensuojelun asiakkuuden käynnistyessä pääpaino on työskentelyn ja palveluiden käynnistämisessä. Osa asiakasperheistä on akuutissa kriisissä lastensuojelun asiakkuuden alkaessa.

Aineiston perusteella psykiatrian poliklinikasta piirtyy kuva organisaatiosta, joka kattaa useita eri alaryhmiä, kuten esimerkiksi eri sairaustyypeille suunnatut (häiriökohtaiset) työryhmät. Poliklinikan sisällä tehdään myös muunlaista työnjakoa suhteessa asiakkaisiin. Työskentelyä voidaan jaotella esimerkiksi sen mukaan, kuinka tiiviistä kuntoutuksesta asiakkaan katsotaan hyötyvän missäkin sairauden vaiheessa. Lisäksi psykiatrian poliklinikalla on mahdollista hyödyntää kriisitilanteissa erillistä akuuttityöryhmää. Vaikeimmin oireilevien kohdalla taas arvioidaan sairaalajakson tarpeellisuutta. Sairaalajakson toteutuessa hoitovastuu päättyy ainakin väliaikaisesti psykiatrian poliklinikan osalta.

Lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä vastaavaa jaottelua ei ole. Sosiaalityöntekijät eivät voi rajata työtään tiukasti vain oman asiantuntemuksensa mukaisesti, vaan työskentelyssä on huomioitava lasten ja perheiden tilanne ja tarpeet laajasti. Tällöin organisaatio ja perustehtävä vain suuntaavat työtä. (Yliruka ym. 2018, 62.) Kaikki sosiaalityöntekijät hoitavat kaikenikäisten lasten ja nuorten sekä eri tavoin oireilevien perheiden asioita. Samoin yhdellä sosiaalityöntekijällä on tyypillisesti työskentelyn alla perheitä, jotka ovat akuutissa kriisissä, mutta myös perheitä, joiden tilanne on pysynyt vakaana.

Lisäksi vastuusosiaalityöntekijän työ jatkuu ja jopa tiivistyy, jos lapsi joudutaan sijoittamaan kodin ulkopuolelle (lyhytaikaisesti). Vastuu avohuollon osalta päättyy vasta siihen, jos lapsen kohdalla päädytään huostaanottoon ja pidempiaikaiseen sijoitukseen kodin ulkopuolella. Myös psykiatrian poliklinikalla asiakkuuksien kirjo on suuri yhdenkin työryhmän tai yhden työntekijän kohdalla. On kuitenkin

huomionarvoista, että poliklinikalla tehtävää työtä jaotellaan valitun kriteeristön (esimerkiksi diagnoosit) mukaisesti. Lastensuojelussa vastaavaa jaottelua ei ole tai sitä ei ole ainakaan kirjattu mihinkään. Toisaalta työn todellisuutta on, että suuren työmäärän vuoksi esimerkiksi arviointia suhteessa kiireellisyyteen tapahtuu jatkuvasti työntekijä- ja tiimitasolla.

Kummassakin organisaatiossa työskentely pohjautuu asiakkaalle laadittavaan suunnitelmaan, johon asiakkaalla on lain mukaan oikeus. Asiakkaan ollessa useamman eri palvelun piirissä on hänellä useita eri suunnitelmia. Lastensuojelussa asiakassuunnitelma laaditaan lapselle, mutta se sisältää lähes aina työskentelyn tavoitteita myös vanhempaan liittyen. Oman kokemukseni mukaan siihen ei sisälly kovin yksityiskohtaista tietoa vanhemmalle psykiatrian poliklinikalla laaditusta hoitosuunnitelmasta. Näiden kahden eri suunnitelman yhteensovittamisessa olisi varmasti vielä paljon kehittämistä. Lisäksi esimerkiksi psykiatrisessa kotikuntoutuksessa ja lastensuojelun perhetyössä laaditaan omat suunnitelmat. Niiden tulisi olla linjassa asiakkaan hoitosuunnitelman ja lapsen asiakassuunnitelman kanssa. Valitettavasti käytännössä lienee kuitenkin helpompi tehdä erilliset suunnitelmat, kuin sovittaa yhteen eri toimijoiden työskentelyä. Työn yhteensovittaminen on vaikeaa jopa saman organisaation sisällä, puhumattakaan kahdesta eri organisaatiosta.

*"Varmaan on yks semmonen niin, että jos ne suunnitelmat, hoitosuunnitelmat, lastensuojelussa asiakassuunnitelmat ei kohtaa, niin kumpikin suunnittelee omiansa niinku omissa... että se on nyt ainakin sellanen, että voi tulla yllätyksiä kyllä jossain vaiheessa. Sanotaan nyt vaikka jotain intensiivistä, on vaikka päiväsairaalaa tai sitte taas jotain perhekuntoutusta tai jotain tämmösiä näin, jotka saattaa sitte kulkeekin vähän eri polkuja. Että sellasia. Et ne on ehkä semmosia rajapintoja, että niissä pitäis olla se avoin yhteistyö."* - lastensuojelun työntekijä

Tiivis kotiin vietävä työ on mahdollista kummankin organisaation taholta, mutta lastensuojelusta siihen turvauduttaneen useammin. Psykiatrian poliklinikalta on mahdollista hakea asiakkaalle psykiatrista kotikuntoutusta ja lastensuojelusta sosiaalityöntekijöiden tekemien kotikäyntien lisäksi perhetyötä. Kumpikin palvelu mahdollistaa asiakkaan tapaamiset kotona tai asiakkaan muussa luonnollisessa toimintaympäristössä viikoittain. Sekä psykiatrista kotikuntoutusta että lastensuojelun perhetyötä haetaan vastuutyöntekijän toimesta ja asiakkaan suostumuksella. Haastateltavat kuvaavat, että työskentelyn tulee olla suunnitelmallista, sille tulee asettaa



tavoitteita ja se on määräaikaista. Yhteistä näille kahdelle palvelulle on myös se, että niihin ei tulisi ohjata ketään vain siksi, että vastuutyöntekijällä ei ole asiakkaalle riittävästi aikaa tai ”muutakaan ei keksitä”. Työskentelyn tulee sen sijaan tähdätä asiakkaan tilanteen kohentumiseen ja siinä tulisi olla kuntouttava työote.

Lopulta sekä lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä että psykiatrian poliklinikalla tarjottava tuki on tarkoitettu lähtökohtaisesti määräaikaiseksi, vaikka tarkkoja aikarajauksia ei esitetä. Kaiken kaikkiaan haastateltavien esille nostamat asiakkuuden kestot eivät poikenneet psykiatrian poliklinikan ja lastensuojelun välillä. Haastateltavien kuvaamana asiakkuus kummassakin organisaatiossa kestää usein vuosia, mutta ei muutamaa vuotta enempää. Toki poikkeuksiakin löytyy etenkin lastensuojelusta, jossa osan asiakkaista ongelmat ovat ylisukupolvisia. Tällöin perheessä voi olla lastensuojelun asiakkuus kolmannessa polvessa.

## **7.2 Asiakkuuksiin liittyvien ongelmatilanteiden ilmeneminen aineistossa**

Pohtiessani omaa tutkimusaihettani etsin pitkään sopivaa teoreettista viitekehystä tavoitteenani hahmottaa oman työni kautta mielenkiintoiseksi ja varsin kompleksiseksi tietämäni toimintaympäristöä, missä lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian välisessä yhteistyössä toimitaan. Alun perin ajattelin lähestyä aihetta systeemitoreettisesta näkökulmasta, mutta en kuitenkaan kokenut sen tekevän oikeutta ilmiön moniulotteisuudelle. Tämä moniulotteisuus kattaa sekä työntekijöiden monitieteiset ja moniammatilliset taustat että sektoroituneen palvelujärjestelmän, puhumattakaan monista työssä kohdattavista eettisistä ulottuvuuksista. Vaikka kompleksisuusajattelu korostaakin, että valmiita vastauksia ei ole, niin suhteessa valitsemaani aihepiiriin, se on yksi mahdollinen vastaus sen kuvaamiseen, millaisten ilmiöiden kanssa kumpakin palvelua tarvitsevien asiakkaiden auttamiseksi tehtävässä työssä ollaan tekemisissä.

Tutkimuksen taustoituksessa on kuvattu kompleksiivisuuden ja siihen liittyvien ongelmatilanteiden ilmenemistä ylipäättään sosiaali- ja terveysalalla. Seuraavassa aion perehtyä siihen, miten ne ilmenevät lastensuojelun avohuollon ja aikuispsykiatrian välisessä yhteistyössä keräämäni aineiston perusteella. Peilaan omaa aineistoani

esitettyyn teoretisointiin. Aineiston perusteella vaikutelma on, että ”pirullinen ongelma” on ensisijaisesti asiakas, joka ei syystä tai toisesta sitoudu tarjolla olevaan palveluun.

*”En oikeestaan ongelmaa nää, muutaku asenteissa, vähäisessä motivaatiossa ja haluttomuudessa yhteistyöhön. Mut jos sitä löytyy, niin ei ole mitään ongelmaa.”*  
- poliklinikan työntekijä

*”Ei. Ainoa mikä kaataa koko korttipakan on, jos tämä aikuinen ei suostu hoitoon. Niin sehän sillan kaatuu koko talo. Näissä missä aikuinen on aidosti mukana, niin ei.”*  
- lastensuojelun työntekijä

Tarkemmassa tarkastelussa huomio kiinnittyy kuitenkin aivan muihin seikkoihin, joita kuvaan seuraavaksi taulukon muodossa.

## Taulukko 6. Pirullisten ongelmien ilmeneminen tutkimusaineistossa

<b>Ongelmien tunnistamisen ja määrittelyn vaikeudet</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Melko pieni joukko yhteisiä asiakkaita, vaikka tarve yhteisasiakkuuteen todennäköisesti suuremmalla joukolla</li><li>- Yhteiset asiakkaat näyttäytyvät usein hankalina asiakkaina</li><li>- Ainakin lastensuojelun näkökulmasta arvioituna tämänhetkiset yhteistyökäytännöt tukevat lähinnä kesyjen ongelmien ratkaisemista</li></ul>
<b>Eri asiantuntija-aloilla eri arvot</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Työskentely nostaa esiin ristiriitaisia vastuu- ja eettisiä kysymyksiä</li><li>- Aikuisen itsemääräämisoikeus voi olla ristiriidassa lapsen edun kanssa</li><li>- Eri organisaatioissa erilaiset priorisoinnit</li><li>- Yhteistyössä näyttäytyy epärealistisina odotuksina ja pyyntöinä</li></ul>
<b>Ongelmat eivät rajoitu yhden organisaation alueelle ja hallintorajat ylittyvät</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ongelmien kasautuminen tietyille asiakkaille</li><li>- Asiakkailla paljon viranomaiskontakteja, niiden ylläpito ”käy työstä” asiakkaalle</li><li>- Työntekijöiden tietämättömyys toisen organisaation käytänteistä vaikeuttaa ongelmien hoitamista</li><li>- Päätöksenteko- ja toimeenpanovalta jakautuneet usealle eri sektorille</li></ul>
<b>Ongelmat syyt eivät avaudu vain yhden organisaation näkökulmasta</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kokonaisuus jää epäselväksi</li><li>- Pitkittyneet ongelmatilanteet</li><li>- Taustalla esimerkiksi kaksoisdiagnooseja, ylisukupolvisia ongelmia</li></ul>
<b>On siedettävä ei tietämistä, valmiita ratkaisuja ei ole</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Kenenkään asiantuntijuus ei yksin riitä</li><li>- Paitsi ongelmat pitkäkestoisia, niin myös ratkaisuyritykset</li><li>- Yhteistyötä kuvataan vaikeuttavan valmiiksi lukkoon lyötyjen muuttumattomien käsitysten</li><li>- Yhteistyötä kuvataan tukevan tutkivan työotteen</li></ul>

Huolena on, että kompleksiset asiakastilanteet ja niistä aiheutuvat pirulliset ongelmat jäävät ainakin osin tunnistamatta. Aineiston perusteella vaikuttaa siltä, että nykyisellään lastensuojelun avohuollon ja aikuispsykiatrian yhteistyöllä onnistutaan todennäköisimmin auttamaan asiakkaita, joilla on suhteellisen lyhytkestoinen tai selkeä ongelma ja / tai jotka pystyvät asettumaan palvelujärjestelmän asettamiin ehtoihin.

Asiakas on tällöin sekä riittävän motivoitunut että toimintakykyinen. Näissä tilanteissa on kyse kesystä ongelmasta. Samoin yhteistyöstä virastotasolla laadittu ohjeistus kuvaa hyvin kesyihin ongelmiin soveltuvaa lineaarisen suunnitteluprosessin ideaalimallia. Mallissa edetään vaiheittain ongelman tunnistamisesta tiedon keräämiseen, minkä jälkeen tunnistetaan erilaisia ratkaisuvaihtoehtoja, joista valitaan toteutettavaksi parhaimmalta vaikuttava. Näin voidaan esimerkiksi verkostotapaamisen yhteydessä toimia.

Lisäksi aineiston perusteella yhteistyö nojaa vahvasti reduktionismiin, jolla viitataan siihen, että ongelmien ratkaisemisen oletetaan olevan mahdollista pilkkomalla jokainen ongelma osiin ja ratkaisemalla yksittäiset pienemmät ongelmat. (Vartiainen ym. 2014, 54.) Tämä ajattelu ilmenee myös sosiaalilainsäädännössä, joka luo perustan ongelmatyönjaolle. Eri toimijat ovat vastuussa eri ongelmista. Lisäksi asiakkuuksien ehtojen täyttymisestä tai työnjaosta useiden ongelmien ilmetessä neuvotellaan asiakkaan ja eri toimijoiden kesken. (Juhila 2006, 218–219.) Arnkilin & Erikssonin (1996, 198, 151–152) mukaan moniongelmaisuuden kohdalla aktivoituvat erityisen näkyvästi eri ammattilaisten määrittely-yritykset ja jopa kiistat. Jos moniongelmaisuus saadaan onnistuneesti pilkottua rinnakkaisiksi yksittäisiksi ongelmiksi, saa järjestelmä asian käsittelynsä ikään kuin sopivasti annosteltuna.

”Moniongelmatapauksesta” tulee kuitenkin erikoistuneessa palvelujärjestelmässä väistämättä ”moniasiakkuustapaus”, jonka kohdalla kukin sektori toimii mahdollisesti oman perustehtävänsä kannalta mielekkäästi. Siitä huolimatta, tai jopa siitä johtuen, yhteisvaikutus voi kuitenkin olla jotain muuta kuin asiakkaan tai yhdenkään erikoistahon toive. (Arnkil & Eriksson 1996, 198, 151–152.)

*”(...) Mutta se on sinänsä kuitenkin kesy ongelma, että jos ihmisellä on se tarve ja sitte jotenkin on itse sitte halukas ottamaan apua vastaan, niin jonkin ajan kuluttua hän tulee varmastikin oikeeseen osoitteeseen ohjautumaan. Mutta pirulliset ongelmat on ehkä semmosia niinku, joille ei ehkä oo kenelläkään hirveesti vastauksia tai on vaikeesti autettavia sieltä psykiatrian näkökulmasta että lastensuojelun näkökulmasta. Että saattaa olla todella huolestuttavasti oirehtivaa vanhempaa ja psykiatrian puolella myös tunnistetaan ja saatetaan sit joutua arvioimaan sitä tahdosta riippumatonta hoitoa tai muuta. Että ne voi olla aika vaikeita prosesseja välillä ikään kuin saada se henkilö sairaalaan ja sit siellä tehdään se arvio. Ja voi olla, et sit siellä arvioidaan myös niin, että kriteerit ei täyty ja tän henkilön huolestuttava käytös silti jatkuu. Ja ehkä sitte psykiatrian poliklinikkakin sen näkee ja me nähdään se, mutta sitten se, että henkilö*

*ohjautuis sinne sairaalahoitoon, voi joskus olla aika pitkä tie. Että tämmösestäkin on kokemusta. Et ikään kuin kaikilla on se tahto auttaa ja nähdään se tarve, mutta sit ne keinot ei ehkä siinä hetkessä oo olemassa.” - lastensuojelun työntekijä*

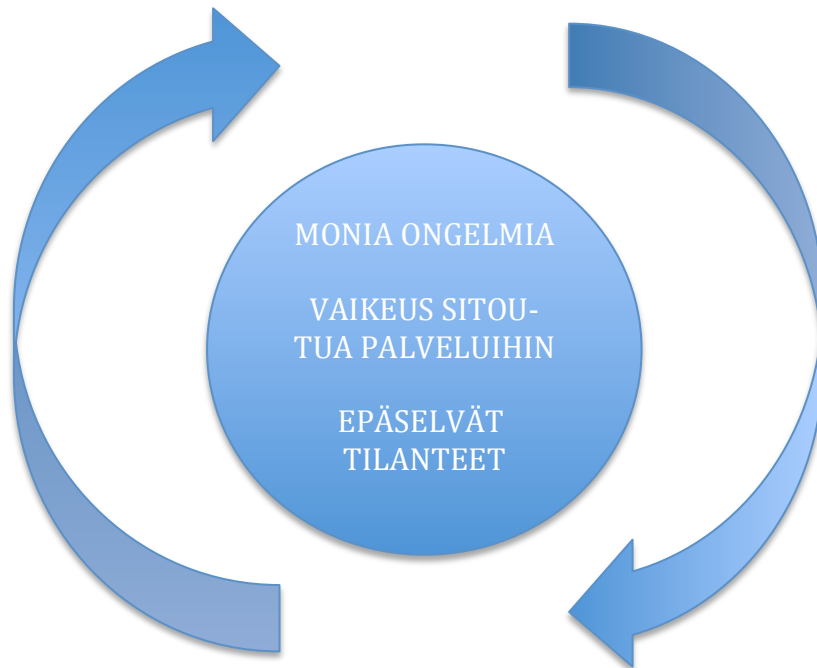
Ikävin tilanne on silloin, jos pirullinen ongelmatilanne yksinkertaistetaan ainoastaan asiakkaan ominaisuuksiin tai toimintaan liittyviksi ongelmiksi. Ei ole tavatonta, että kompleksisuus jää kokonaan tunnistamatta. Mertalan (2001, 247) mukaan kyky havaita kompleksisuus ja hyödyntää sitä, on kuitenkin elintärkeä järjestelmien toisiinsa kytkeytymisen vuoksi. Suljettu järjestelmä on seurausta siitä, että ratkaisut tehdään omista tavoitteista käsin, kuten esimerkiksi ”potilaan hoitaminen”. Avoimuus taas on sen hahmottamista, että omaan toimintaan vaikuttaa muu toimintaympäristö. Terveystieteissä tästä seuraa usein jännitteitä rakenteiden ja toiminnan, rahan ja ihmisen, erilaisten intressien ja moneen suuntaan vetävien moraalisten velvoitteiden yhteensovittamisessa. Näihin jännitteisiin vastaavat valintoja tekevät työntekijät, joihin kohdistuu sitä myöten kuormitusta.

Pahimmillaan pirullinen ongelma jää tunnistamatta ja asiakas auttamatta. Lisäksi työntekijä turhautuu ja kokee neuvottomuutta. Terveystieteissä kompleksisuuden lainalaisuudet voivat työntää potilaan ulos järjestelmästä, jonka tehtävänä oli hoitaa potilasta. (Mertala 2001, 248–249, 252.) Asiakas voi kadota joidenkin tiettyjen palveluiden piiristä ja tulla vastaan jossain toisessa kohtaa palvelujärjestelmää tai jäädä kiertämään palveluiden välille useammankin kierroksen ajaksi. Asiakkaiden väliinputoaminen on paitsi inhimillisesti arvioituna valitettavaa, niin myös kallista. Asiakkaiden kiertäessä sektoreiden välillä, voi yhden sektorin pienestä säästöstä tulla moninkertainen kustannus toiselle sektorille. (Metteri 2004, 91.)

Seuraavassa on kuvattu (Kuvio 1) sitä, miten asiakkaat nykyisellään usein ohjautuvat lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välillä.

**Kuvio 1: Asiakasprosessit lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välillä**

LASTENSUOJELUSSA HERÄÄ  
HUOLI ASIAKKAAN PSYKKISESTÄ  
VOINNISTA



PSYKIATRIAN POLIKLINIKALLA  
HERÄÄ LASTENSUOJELULLINEN HUOLI

Kuvion tarkoituksena on havainnollistaa sitä, miten lastensuojelusta ohjataan psykiatrian poliklinikalle asiakkaita sellaisten ongelmien vuoksi, minkä takia hoito psykiatrian poliklinikalla ei ole ehkä aiemmin käynnistynyt tai se on keskeytynyt. Lastensuojelulle vanhemman mielenterveysongelmat eivät ole lähtökohtaisesti vakava lastensuojelullinen huoli etenkin silloin, jos henkilö on asianmukaisen hoidon piirissä. Näin ollen lastensuojelussa päänvaivaa eivät aiheuta niinkään asiakasvanhempien mielenterveysongelmat, jotka ovat ”kesyssä” muodossa, vaan monimutkaisemmat tilanteet. Pösön (2010, 333) mukaan lastensuojelu ylipäänsä kohdistuu kompleksisiin sosiaalisiin ongelmiin, joissa on yhteen kietoutuneina paitsi asiakkaisiin niin myös muuhun kontekstiin liittyviä tekijöitä. Lineaarinen suunnitteluprosessi ei tällöin

useinkaan tuota toivottua tulosta. Ellei yhteistyö koostu juuri muusta kuin yhteydenotoista ja ohjauksista puolin ja toisin, ja jos prosessiin ei pystytä tuomaan mitään lisää yhteisellä työskentelyllä, on onnistuminen lähes mahdotonta osan asiakkaista kohdalla.

Näissä tilanteissa olisi hedelmällisempää noudattaa lineaarisen suunnitteluprosessin sijaan ei-lineaarista toimintatapaa. Tällöin ongelman käsittely ja ratkaisuvaihtoehtojen etsiminen muodostavat vuorovaikutteisen prosessin. Työntekijät ovat valmiita muokkaamaan ehdotettuja ratkaisuvaihtoehtoja prosessin kuluessa tai tarvittaessa luopumaan aiemmista suunnitelmista ja tekemään uusia avauksia. Työ etenee yrittämisen ja joskus erehtymisen kautta lisäten hiljalleen tietoa asiakkaan tilanteesta. Vartiaisen ym. (2014, 26–27) mukaan ongelmien määrittelyn ja ratkaisuvaihtoehtojen etsimisen tulisi tapahtua rinnakkain. Työntekijöiden tulisi hyväksyä se, että pirullisia ongelmia ei ole mahdollista määritellä heti ensimmäisessä vaiheessa täydellisesti. Haastatteluaineiston perusteella myös ongelman parissa työskentelevien ammattilaisten toimivallan, arviointivallan ja sitä myöten vastuiden tulisi olla tasapainossa.

*”(...) Kaikkein pirullisimmissa jos mä nyt tällä osaamisella, niin se, mitä mä tekisin, juurikin se, että mä hälyyttäisin, meillähän käy usein niin, että siinä vaiheessa kun me ollaan tekemässä huostaanottoa, niin sit me selvitetään. Tosiasiallisesti se pitäis pystyä kääntämään toisinpäin, että tosiasiallisesti se työ mitä me tehdään myöhemmin, tehtäiskin ensin. Tavallaan se yhteyksien rakentaminen ja selvittäminen perinpohjaisesti, että mistä tässä on kysymys. Sillon se tarkoittaa, että aidosti sen asiakkaan hoitotahon kanssa, siltä kysyminen, jopa vaikka lausunnon... mehän pyydetään lausuntoja siinä vaiheessa, kun me ollaan huostaanottotilanteessa, tosiasiallisesti meidän pitäis pyöräyttää se nurinperin. Jos mä ajattelen jotain näitä pirullisia tilanteita, se mitä mä tekisin nyt uudelleen, olis se, että ensi töikseni istuttaisin, vaatisin vielä oikeesti lääkäritason ihmisiä mukaan. Se missä se valta on ja esimerkiksi diagnoosi, puhun diagnoosivallasta, diagnoosin asettamisen vallasta, niin ne henkilöt kehiin, eikä jotakin muita henkilöitä. Jotka tekee jotakin töitä, mutta heillä ei oo mitään valtaa... He yrittää esimerkiksi vaalia... Pahin tilanne on tämmönen missä esimerkiksi terapeutin suhde, että siinä mielessä mä ymmärrän sen, että lähetetään joku muu, joka on etäisyydessä, koska sit se, että yritetään vaikeist asioita puhua ja toisen pitää vaalia vielä sitä terapeutista vuorovaikutussuhdetta. Sehän on ihan tuhoon tuomittu se kuvio.”*

*- lastensuojelun työntekijä*

Pösö (2005, 5–6) tuo esiin kuinka ongelmien ollessa monimutkaisia ja jopa ameebamaisia, ei niitä varten voida kehittää hyviä käytäntöjä. Sen sijaan yhden hyvän käytännön sijaan voidaan tarvita monia erilaisia hyviä käytäntöjä. Tämänkin jälkeen on muistettava, että pirullisten ongelmien kohdalla käytäntöjen tai lopputulosten hyvyys on

edelleen tulkinnanvaraista ja se riippuu siitä, kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan. Käytäntöjen arvo ei ole myöskään ratkaistavissa yksin tutkimustietoon vetoamalla, vaan kyseessä ovat valinnat, jotka sisältävät vahvoja moraalisia kytköksiä. Tähän liittyen onkin helppo yhtyä ajatukseen siitä, että eri ratkaisuvaihtoehtojen määrää rajoittavat lähinnä taloudelliset ja ajalliset syyt.

Pirullisten ongelmien kohdalla tämä on vaikeaa, sillä esimerkiksi Head ja Alford (2015, 711–712, 722) muistuttavat, että julkinen sektori on parhaimmillaan tuottaessaan melko standardisoituja palveluja suurella volyymilla. Sen sijaan julkinen sektori on huonommin valmistautunut vastaamaan kompleksisiin tilanteisiin. Kirjoittajien mukaan niiden kanssa operoiminen vaatisi muutoksia ennen kaikkea tapaan hahmottaa asioita sekä suurempien rakenteellisten tekijöiden että toimintatapojen. Lisäksi olisi kyettävä arvioimaan sitä, miten edellä mainitut tekijät vaikuttavat toisiinsa. Terveystieteiden tuotannonohjauksen näkökulmasta arvioituna pirullisiin ongelmatilanteisiin voisi sopia projektimainen toimintatapa. Projektimainen toiminta soveltuu asiakasryhmille, joiden tarvitsemaa hoitoa ei voida määritellä ennakolta ja joilla on useita sairauksia. Potilas ei tällöin istu olemassa oleviin hoitoprosesseihin. Toiminnan keskeisiä tausta-ajatuksia ovat suunnitelmallisuus, muutosten hallinta ja tehokas tiedonkulku eri osapuolten kesken. (Lillrank ym. 2004, 99–101, ks. myös Head & Alford 2015, 731.)

Lastensuojelun avohuollon ja aikuispsykiatrian kontekstissa tämänkaltaisen työskentely vaatisi toteutuakseen nykyistä tiiviimpää yhteistyötä. Yksittäinen verkostotapaaminen ei ole riittävä foorumi pirullisten ongelmien ratkaisemiseksi. Verkostotapaamisten tulisi olla säännöllisiä, jotta asioiden kehittymistä olisi mahdollista arvioida, ja jotta muutostyö olisi mahdollista. Todennäköisesti tulisi myös kehittää jokin aivan uusi ja joustava yhteistyömuoto edellä kuvatun kaltaisissa tilanteissa olevien asiakkaiden auttamiseksi. Työn kehittäminen on jokaisen työntekijän vastuulla, mutta toisaalta kuten Mertala (2001, 253) toteaa, yhteistyön mahdollistavien rakenteiden luominen ei ole yksin henkilöstön tehtävä. Työntekijöillä ei ole valtuuksia päättää suurista rakenteellisista linjoista.

Ylirukan ym. (2018, 65) mukaan palvelujärjestelmän kaikilla tasoilla tarvitaan yhteistyötoiminnallisten työskentelymallien kehittämistä ja yhteisiä oppivia rakenteita ja työkaluja. Lisäksi vaativien asiakastilanteiden yhteinen käsittely ei onnistu ilman, että



kaikki osalliset sitoutuvat ymmärryksen rakentamiseen rinnakkain useista eri näkökulmista. Headin ja Alfordin (2015, 723–728) mukaan pirullisten ongelmien yhteydessä eri palveluiden erilaiset arvolähtökohdat tulisi nostaa esiin avoimeen tarkasteluun. Edellä kuvattu eri toimijoiden välinen yhteistyö vaatii myös paljon resursseja ja siihen lähdetään usein vasta ”pakon edessä”. Haastatteluaineiston perusteella herääkin ajatus siitä, että tarve ja motivaatio yhteistyöhön psykiatrian poliklinikan kanssa tai ainakin saada tukea psyykkisesti oireilevien vanhempien kanssa työskentelyyn, on lastensuojelussa suurempi. Näin vaativaa yhteistyön muotoa tai rakentamista ei voida jättää yksittäisten työntekijöiden vastuulle.

Ylirukan ym. (2018, 61–62, 66–67) mukaan yhteistyön ja uudenlaisen palvelukulttuurin edistämiseksi tarvitaan ammattilaisten yhteistä kehittämistyötä, yhteistä kouluttautumista sekä johdon tukea yhteistoiminnalliselle työlle. Yhtenä keinona kompleksisuuden hallintaan on esitetty viiden alueellisen osaamis- ja tukikeskuksen, OT - keskuksen perustamista. OT - keskuksien olisivat monialaisia osaamis- ja tukikeskuksia monimutkaisia ja erityistason palveluja vaativille lapsille, nuorille ja heidän perheilleen. Keskusten tehtäviin kuuluisi vaativinta erityisosaamista edellyttävä asiakastyö, tutkimus-, koulutus- ja kehittämistoiminta yhdessä yliopistojen ja muiden alueen toimijoiden kanssa sekä palveluiden koordinointi muiden toimijoiden kanssa. (THL) Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa on selkeä käsitys OT - keskuksen tarpeesta sekä niihin kuuluvista potilasryhmistä, mutta sosiaalihoitoalan näkökulmasta nämä potilasryhmät eivät ole välttämättä erityistä osaamista vaatia. (Tapiola ym. 2017, 104–105.)

Yliruka ym. (2018, 61–62, 37) ovat kehittäneet työkalua erityisen vaativien asiakastilanteiden tunnistamiseen. OT – keskuksista mukailleen kirjoittavat ovat nimenneet sen OT – seulaksi. Seulalla arvioidaan jatkumolla yhdestä viiteen seuraavia asioita: ongelmien kasautumista ja/tai harvinaisuutta, lapsen turvallisuuteen kohdistuvan riskin suuruutta, juridis-hallinnollisia ulottuvuuksia, asiakassuhteen laatua vuorovaikutuksen näkökulmasta sekä yhteistyöverkostoja. Samoin on pohdittu tulisiko sosiaali- ja terveydenhuollossa ottaa käyttöön Opetus- ja kulttuuriministeriön hyödyntämä VIP – käsite (vaativan erityisen tuen oppilaat). Sosiaalihoitoalan VIP – asiakkaiksi otettaisiin tällöin lapset ja nuoret, joilla on epävakaa kasvuolosuhteet, monenlaista tuen tarvetta ja ylisukupolvista huono-osaisuutta.

Suunnitteilla olevien uudistusten suhteen tulisi kuitenkin arvioida, ettei uusien palvelurakenteiden ja asiakassegmenttien luomisella itse asiassa lisätä palvelujärjestelmän kompleksisuutta entisestään. Ei lienee myöskään tarkoituksenmukaista luoda aiempien palvelukohtaisten siilojen sijaan asiakassegmentteihin perustuvia siiloja (Hujala & Lammintakanen 2018, 45–46). Toisaalta suomalaiset kunnat eroavat palveluiden saatavuuden perusteella toisistaan suuresti. OT – keskusten kaltaiset toimijat voisivat tuoda huomattavan parannuksen pienemmissä kunnissa, joissa kompleksisuuden lisäksi myös palveluiden saatavuus on ongelma.

## **8. Tulosten pohdinta**

Tarkastelen tutkimuksessani lastensuojelun avohuollon sosiaalityön ja psykiatrian poliklinikan välistä yhteistyötä ja sen edellytyksiä osana laajempaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristöä. Olen kiinnittänyt erityistä huomiota siihen, kuinka toimintaympäristön kompleksisuus ja eri palveluiden erilaiset toimintalogiikat voivat vaikeuttaa erilaisten ongelmatilanteiden ratkaisemista. Tässä tilanteessa aidon yhteistyön luominen on vaikeaa, ääneen lausutusta tahtotilasta huolimatta. Asiakkaiden ongelmatilanteet ovat vaikeimmillaan hyvin monisyisiä, pitkittyneitä sekä tarkkaa eettistä puntarointia vaativia. Tutkimuksen tavoitteena on ollut luoda laajempaa ymmärrystä aihepiiristä sekä tarjota eri näkökulmia sen tarkastelemiseen ja sitä kautta myös työn kehittämiseen.

Aineiston perusteella lastensuojelun avohuollolla ja psykiatrian poliklinikalla on joukko yhteisiä asiakkaita, joiden motivaatio työskentelyä kohtaan sekä toimintakyky voidaan tulkita erilaisina riippuen siitä, kummasta organisaatiosta käsin niitä arvioidaan. Lastensuojelun työntekijät katsoivat yhteisasiakkuudessa olevia asiakkaita yhdistävän melko positiivisen asenteen työskentelyä kohtaan sekä kohtuullisen toimintakyvyn, vaikka myös unohduksia sekä hoitokäyntien väliin jäämisiä esiintyisi. Poliklinikan työntekijät taas toivat esiin, kuinka ainakin osa yhteisistä asiakkaista tulee hoidon piiriin pakon ohjaamana. Tämä on luonnollisesti huono lähtökohta työskentelylle. Asiakkailta voi olla pelko siitä mitä tapahtuu, jos he kertovat asioistaan avoimesti. Osa taas ei ehkä

tunnista hoidon tarvetta lainkaan. Hankalin tilanne on silloin, jos lastensuojelu edellyttää vanhemmalta omaan hoitoon sitoutumista ja vastaavasti taas psykiatrian poliklinikan työntekijöihin kohdistuu painetta päättää hoitosuhde, koska asiakas ei sitoudu hoitoon.

Kaupungin ohjeistuksen mukainen lastensuojelun ja psykiatrian poliklinikan välinen verkostoneuvottelu toteutuu osan kohdalla. Osan kohdalla se jää kokonaan pitämättä syystä tai toisesta. Toisaalta vastaavasti osan asiakkaista kohdalla voidaan kokoontua useitakin kertoja, ja säännöllisesti. Verkostoneuvottelu on foorumi, jossa tehdään arviota asiakkaan tilanteesta sekä sovitaan työnjaosta. Aineiston perusteella varsinaisen yhdessä työskentelyn sijaan näyttäisi olevan tyypillisempää, että kukin toimijataho keskittyy omaan osaansa kokonaisuudesta.

Aineiston perusteella yhteistyön laatuun vaikuttaa niin asenteisiin kuin käytännön työhön liittyvät tekijät. Työtä tukee muun muassa asiakkaan ja työntekijän luottamuksellinen suhde, positiivinen ja avoin suhtautuminen moniammatillisuuteen sekä tavoitteellisuus. Haasteena taas voidaan pitää muun muassa asenteellisia esteitä joko asiakkaan tai työntekijän taholta sekä epäselvyyksiä rooleihin ja tavoitteisiin nähden. Yhteistyö tapahtuu aina tiettyjen rakenteellisten reunaehtojen sisällä, minkä vuoksi olen halunnut nostaa niitä esille. Lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan rakenteissa erityispalvelua tarjoavina yksikköinä on paljon samaa. Tarkemmassa tarkastelussa voidaan kuitenkin kiinnittää huomiota myös lukuisiin eroavaisuuksiin, jotka vaikuttavat osaltaan myös yhteistyöhön.

Yksi isoimmista eroista on psykiatrian poliklinikalla annettavan hoidon perustuminen vapaaehtoisuuteen niin juridisesti kuin työn sisällöstä käsin määriteltynä. Lastensuojelun rooli viranomaisena on erilainen. Työhön liittyy virkavastuulla toimiminen ja lastensuojelun on mahdollista toimia vastoin asianosaisten suostumusta. Lisäksi lastensuojelulle jää velvollisuus toimia alaikäisen asioissa vielä silloinkin, kun asiakas on kieltäytynyt muista palveluista. Arviointi on lapsi- ja perhekohtaista, eikä siihen ole olemassa juurikaan ohjeistusta. Lastensuojelu nojaa vahvasti yhteistyökumppaneilta saatavaan tietoon, minkä valossa lastensuojelun työntekijöiden motivaatio yhteistyöhön voi olla suurempi kuin muissa palveluissa.

Psykiatrian poliklinikan rooli palvelujärjestelmässä on huomattavasti erikoistuneempi ja rajatumpi. Psykiatrialla on vankka ja legitiimi tietopohja, joka perustuu tieteelliseen tutkimukseen. Lisäksi poliklinikan sisällä on mahdollista tehdä erilaista erottelua esimerkiksi suhteessa asiakkaiden diagnooseihin. Lastensuojelussa käydään neuvottelua asiakkuuden alkamisesta lastensuojelutarpeen selvityksen ollessa käynnissä, mutta suojelutarpeen ilmetessä, ovi avautuu kaikenlaisille ja kaikenlaisissa elämäntilanteissa oleville asiakkaille. Aineiston perusteella hyvin monenlaiset erilaiset ongelmatilanteet kuuluvat lastensuojelun piiriin ja työntekijöiden on otettava kantaa moniin erilaisiin asioihin. Samoin asiakkuuksia syntyy helposti useita perheen tullessa asiakkaaksi, sillä työskentely ei voi keskittyä vain varsinaiseen asiakkaaseen eli alaikäiseen lapseen.

Tämän vuoksi lastensuojelun rooli vanhemman tukijana on toisaalta ilmeinen ja toisaalta taas ristiriitainen. Lastensuojelun velvollisuus on valvoa viime kädessä lapsen etua, joka voi olla joissain tilanteissa myös ristiriidassa vanhemman näkemysten kanssa. Toisaalta samaa ristiriitaisuutta voidaan nähdä myös psykiatrian poliklinikan työntekijöiden roolissa heidän kohdatessaan vanhemmuuden haasteita, sillä heillä taas työskentelyn keskiössä on vanhempi yksilönä. Tämän vuoksi vanhemmuuden tukemisen voidaankin ajatella haastavan palvelujärjestelmää ja tuovan lastensuojelun asiakasperheiden kohdalla tarvetta rakentaa yhteistyötä näiden kahden eri organisaation välille.

Aineiston perusteella kummankin organisaation työntekijöillä on paljon tietoa ja osaamista vanhemmuuden tukemiseen liittyen. Samoin keinot, kuten puheeksi ottaminen, sisältävät samoja elementtejä. Puhuminen näyttäisi kuitenkin tapahtuvan lähinnä aikuisten kesken. Sen sijaan suoraan lapselle tarjottava keskustelumuuotoinen tuki ei noussut juurikaan esille. Tämä on syytä nostaa kehittämiskohteeksi, sillä tutkimustiedon mukaan vanhemman mielenterveysongelmien käsitteleminen lapsen kanssa ikätasoisella ja turvallisella tavalla, on merkittävä lasta suojaava tekijä. Työntekijöiden tulisi käydä aina läpi asiakkaan kanssa se, kuka tukee lasta ja kuka on valmis käsittelemään asiaa lapsen kanssa.

Tutkimukseni tavoitteena on ollut myös arvioida lastensuojelun avohuoltoa ja psykiatrian poliklinikkaa sekä niiden välistä yhteistyötä kompleksisuuden näkökulmasta. Näkökulma on ollut mielestäni hyvin hedelmällinen ja se on avannut

aihepiiriin monia mielenkiintoisia tarkastelukulmia. Kompleksisuus ja pirulliset ongelmat eivät nouse aiheina monta kertaa suoraan aineistosta, mutta useita niihin liittyviä piirteitä löytyy, kun aineistoa tarkastellaan suhteessa aihepiiriä koskevaan teoretisointiin. On myös oireellista, että pirulliset ongelmat jäävät tunnistamatta, koska ne on työnnetty koko systeemin ulkopuolelle. Näin voidaan ajatella käyvän esimerkiksi silloin, jos lastensuojelu jää työskentelemään yksin psyykkisesti hyvinkin vaikeasti sairaan vanhemman asioissa. Asiakas tulee työskentelyn keskiöön ikään kuin ”väärässä kohtaa palvelujärjestelmää”, jossa asiantuntemus ja keinot vaikuttaa asiakkaan tilanteeseen eivät ole asianmukaiset.

Lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välillä voi tapahtua myös sellaista asiakkaiden ohjaamista palvelusta toiseen, joiden kanssa tulisi lähtökohtaisesti hyödyntää erilaista toimintatapaa. Näiden asiakkaiden ongelmatilanteet ovat hyvin haastavia tai suorastaan pirullisia, eikä esimerkiksi yhteistyönkään synnyttyä yksittäisiin verkostotapaamisiin perustuva työote ole riittävä. Jos asiakkaiden ongelmia arvioidaan pirullisten ongelmien viitekehyksestä käsin, niin vaikeimmissa tilanteissa olevat asiakkaat hyötyisivät useammista tapaamisista, joissa voitaisiin hyödyntää eri alojen ammattilaisten asiantuntemusta, toistuvista tilannearvioista sekä joustavasta toimintamallien hakemisesta. Tosin pirullisten ongelmien hengessä on muistettava, että tämä vaatii palveluntarjoajilta yhteisen tahtotilan ja myöskin resursoinnin, eivätkä löydetty ratkaisut ole välttämättä lopullisia. Ne eivät myöskään ole välttämättä oikeita tai vääriä ja eri ihmiset voivat kokea ratkaisut eri tavoin. Usein etsitään parasta mahdollista ratkaisua tai ratkaisua, jonka kanssa ”voi elää”. Lisäksi on huomioitava, että kaikkia odottamattomia lopputuloksia ja seurauksia ei ole ehkä mahdollista ennakoida. Tai ne ilmenevät vasta pitkän aikavälin kuluessa.

Intensiivisemmän yhteistyön lisäksi lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan yhteistyötä voitaisiin kehittää esimerkiksi laatimalla edes osittain yhteisiä asiakas- tai hoitosuunnitelmia tai suunnitelmia, joihin on soveltuvien osin sisällytetty toisessa organisaatiossa sovittuja tavoitteita tai toimintatapoja. Samoin kotikuntoutuksen ja lastensuojelun perhetyön työparityötä lienee mahdollista kokeilla saman toimialan sisällä työskenneltäessä. Tämän tutkimuksen perusteella yksi tärkeimmistä asioista on myös sen arviointi, mistä lähtökohdista palvelua ylipäätään kussakin organisaatiossa tarjotaan moraaliset, eettiset ja taloudelliset lähtökohdat

mukaan lukien. Joissain tapauksissa niihin liittyvät ristiriidat voivat olla erityisen voimakkaita, mikä voi tehdä yhteistyön erittäin vaikeaksi.

Tällöin voidaan pohtia, tulisiko myös lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä olla (aikuis)psykiatrasta osaamista. Sitä voitaisiin hyödyntää tilanteissa, joissa terveydenhuollon resurssin saaminen mukaan työskentelyyn ei onnistu muutoin. Tämä tarkoittaisi esimerkiksi psykiatrinen sairaanhoitajien tai psykologien vakanssien luomista myös lastensuojelun avohuollon sosiaalityöhön. Lastensuojelun tiimeistä tulisi tällöin moniammatillisia. Tämä voisi olla merkittävä parannus asiakkaiden saaman palvelun laadun ja työntekijöiden kannalta. Samoin Yliruka ym. (2018, 67) suosittelevat erityistä osaamista vaativia asiakastilanteita koskevan kyselynsä perusteella sosiaalityön koulutuksen osaamistavoitteisiin lisättävän mielenterveyshäiriöiden perusteet. Arvioni on, että lastensuojelussa ylipäättään tunnistetaan hyvin kompleksisuutta sekä pirullisia ongelmia, mutta työkalut niiden kanssa toimimiseen ovat puutteelliset.

Tämän tutkimuksen tulokset ovat yksi mahdollinen näkökulma lastensuojelun avohuollon ja aikuispsykiatrian väliseen yhteistyöhön, sekä siihen, miten vanhemmuutta voidaan tukea vanhemman sairastaessa psyykkisesti. Tutkimuksenteon myötä minulla on herännyt lisää kysymyksiä, joihin kaikkiin ei ole ollut mahdollista löytää vastausta keräämäni aineiston kautta. Jatkossa olisi hedelmällistä palauttaa tekemiäni havaintoja kentälle ja käydä keskustelua, miten työntekijät näkevät tutkimukseni tulokset. Yhteistyötä olisi mielenkiintoista seurata myös asiakastapausten kautta yhteisen kehittämisen hengessä. Tähän liittyen on tärkeä huomioida, että tutkimukseni valossa työntekijät eivät välttämättä hyödy niinkään uusista ohjeistuksista. Sen sijaan olisi mielenkiintoista hahmotella yhteistyöhön jonkinlaista metatyökalua, jossa huomio kiinnittyisi esimerkiksi yhteistyöprosesseihin. Lisäksi yksi tärkeä ja olennainen näkökulma olisi asiakkaiden ottaminen mukaan keskusteluun sekä työn kehittämiseen. Miten asiakkaat hahmottavat oman tilanteensa ja millaisesta palvelusta he katsovat hyötyvänsä. Työn tuloksellisuutta tulisi arvioida monin eri mittarein.

## Kirjallisuus

Achtergarde, Sandra & Postert, Christian & Wessing, Ida & Romer, Georg & Muller, Jörg M. (2015) Parenting and Child Mental Health: Influences of Parent Personality, Child Temperament, and Their Interaction. *The Family journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, Vol. 23(2), 167 – 179.

Alastalo Marja & Åkerman Maria (2010). Asiantuntijahaastattelun analyysi: faktojen jäljillä. Teoksessa Johanna, Ruusuvuori, Pirjo, Nikander & Matti, Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. Tampere: Vastapaino, 372 – 392.

Alasuutari, Pertti (2011) *Laadullinen tutkimus 2.0*. Tampere: Osuuskunta Vastapaino.

Arnkil, Tom Erik (1991) Keitä muita tässä on mukana? : viisi artikkelia verkostoista. *Raportteja 23*. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.

Arnkil, Tom Erik & Eriksson, Esa (1996) Kenelle jää kontrollin Musta Pekka – kortti? Sosiaalitoimisto verkostoissaan. *Tutkimuksia 63*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Clarke, M. & Stewart, J. (2000) *Handling the Wicked Issues*. Teoksessa Celia, Davies, L. Finlay & Anne Bullman (edit.) *Changing Practice in Health and Social Care*. London: Sage Publications, 377 – 385.

Davidson, Gavin & Duffy, Joe & Barry, Liz, Curry, Patsy & Darragh, Eithne & Lees, Judith (2012) *Championing the Interface between Mental Health and Child Protection: Evaluation of a Service Initiative to Improve Joint Working in Northern Ireland*. *Child Abuse Review* Vol. 21, 157 – 172.

Eläketurvakeskus (2017) Masennus vie joka päivä kahdeksan henkilöä työkyvyttömyyseläkkeelle. <https://www.etk.fi/tiedote/masennus-vie-joka-paiva-kahdeksan-henkiloa-tyokyvyttomyyselakkeelle> Luettu 29.5.2017.

Erkolahti, R. & Manelius, P. & Salminen, T. (2000) Lapsi ja psyykkisesti sairastunut vanhempi – kuka kuulee lasta? *Suomen lääkirilehti* 55, 4861 – 4864.

Ervast, Sari-Anne (2001) Vanhemman psyykinen sairaus lapsen kokemana. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 78 – 86.

Eskola, Jari (2001) Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raili, Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Chydenius-Instituutin julkaisu 2/2001. Jyväskylä: PS-kustannus, 133 – 157.

Eskola, Jari & Suoranta, Juha (1998) Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Eskola, Jari & Vastamäki, Jaana (2010) Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raili, Valli (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I, Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. Jyväskylä: PS-kustannus, 26 – 44.

Hanén, Tom (2017) Yllätysten edessä, Kompleksisuusteoreettinen tulkinta yllättävien ja dynaamisten tilanteiden johtamisessa. Tutkimuksia nro 11. Helsinki: Maanpuolustuskorkeakoulu julkaisusarja 1.

Harvey, D. L. (2001) Chaos and Complexity: Their Bearing on Social Policy research. Social Issues. Vol. , Issue 2.

Head, Brian W. & Alford, John (2015) Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management. Administration & Society 2015. Vol. 47(6), 711 – 739.

Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2001) Tutkimushaastattelu. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, Sirkka & Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula (2003) Tutkija kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hotari, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2010) Sosiaalityöntekijöiden ja organisaatioiden välinen yhteistyö ja työnjako nuorten palveluissa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2010. Tampere: Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Hujala, Anneli & Lammintakanen, Johanna (2018) Paljon sote-palveluja tarvitsevat ihmiset keskiöön. Kunnallisan kehittämissäätiö. Kunnallisan kehittämissäätiön Julkaisu 12.

Hurtig, Johanna (2003) Lasta suojelemassa – etnografia lasten paikan rakentumisesta lastensuojelun perhetyön käytännöissä. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto: Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 9.

Hämäläinen, Juha (2011) Perheintervention oikeutus lastensuojelussa. Teoksessa Aini, Pehkonen & Marja, Väänänen-Fomin (toim.) Sosiaalityön arvot ja etiikka. Sosiaalityön tutkimuksen seuran vuosikirja. Jyväskylä: PS-Kustannus, 47 – 65.

Inkinen, Matti & Santasalo, Helena (2001) Miksi minulle ei järjestetty syntymäpäiviä. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 87 – 113.

Isoherranen, Kaarina & Rekola, Leena & Nurminen, Raija (2008) Enemmän yhdessä, Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY.

Isoherranen, Kaarina (2012) Uhka vai mahdollisuus – moniammatillista yhteistyötä kehittämässä. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto: Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2012:18.



Jalonen, Harri (2006). Kompleksisuusajattelu yhteiskuntatieteissä. *Politiikka*, 2/2006, 115 – 126.

Juhila, Kirsi (2006) Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina. *Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat*. Tampere: Vastapaino.

Jähi, Rita (2001) Vanhemman psyykkinen sairaus lapsuudenperheessä – aikuiset kertovat kokemuksiaan. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 53 – 77.

Kelan sairausvakuutustilasto (2017) Suomen virallinen tilasto. *Sosiaaliturva* 2018. [https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/244518/Kelan\\_sairausvakuutustilasto\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/244518/Kelan_sairausvakuutustilasto_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Luettu 18.10. 2018.

Kirmanen, T. (2000) Mielenterveysongelmaisten vanhempien lasten elämänlaadun kehittäminen – Tutkimus Imatran mielenterveystyön vastualueen lapsi- ja nuorisotyön kehittämiseksi. *Julkaisematon käsikirjoitus*.

Kiuru, Kaisa-Elina & Metteri, Anna (2014) Lastensuojelun ja nuorisopsykiatrian yhteisasiakkuus potilaskertomusaineistossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 51, 146 – 160.

Kiviniemi, Kari (2001) Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Juhani, Aaltola & Raili, Valli (toim.) *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II, Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Chydenius-Instituutin julkaisuja 2/2001. Jyväskylä: PS - kustannus, 68 – 82.

Koivisto, Elina & Kiviniemi, Päivi (2001) Pelkääkö isä mörköjä? Kokemuksia perhetyöstä, kun vanhempi sairastaa. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 164 –187.

Kolari, Marketta (1996) Perhetukikeskusten avotyön aloitus työnohjausaineiston valossa. Teoksessa Anna, Metteri (toim.) *Moniammatillisuus ja sosiaalityö*. *Sosiaalityön vuosikirja* 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto R.Y., 76 – 87.

Lastensuojelulaki 13.4.2007/417

Lastensuojelun ja psykiatria- ja päihdepalvelujen yhteistyökäytännöt 2016. *Julkaisematon lähde*. Helsingin kaupunki.

Leijala, Hannu & Nordling, Esa & Rauhala, Kaisu & Riihikangas, Riitta & Roukala, Anne & Soini, Aulikki & Sytelä, Päivi & Yli-Krekola, Pirkko (2001) Psyykkisesti sairastuneen vanhemman, hänen lastensa ja perheensä kokonaistilanteen arviointi sekä mahdollisen tuen ja hoidon järjestäminen – Akkula-hanke. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) *Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 138 – 163.

Leino, Satu (1995) Yhteistä mömmöä vai jäsentynyttä yhteistyötä. Teoksessa Esa, Eriksson & Tom Erik, Arnkil (toim.) *Ammattilaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä*. Raportteja 184. Helsinki: Stakes, 43 – 189.

Lillrank, Paul & Kujala, Jaakko & Parvinen, Petri (2004) Keskeneräinen potilas, Terveystenhuollon tuotannonohjaus. Helsinki: Talentum.

Lintu, Laura (2016) Vanhempien mielenterveysongelmat lastensuojelun avohuollon sosiaalityössä. Käytäntötutkimus. Sosiaalityön syventävät opinnot. Helsingin yliopisto. Julkaisematon lähde.

Lönnqvist, Jouko & Lehtonen, Johannes (2017) Psykiatria ja mielenterveys. Teoksessa Jouko, Lönnqvist, Markus, Henriksson, Mauri, Marttunen & Timo, Partonen (toim.) Psykiatria. Helsinki: Duodecim, 18 – 38.

McLaughlin, Katie A. & Gadermann, Anne M. & Hwang, Irving & Sampson, Nancy A. & Al-Hamzawi, Ali & Andrade, Laura Helena & Angermeyer, Matthias C. & Benjet, C. & Bromet, Evelyn J. & Bruffaerts, Ronny & Caldas-de-Almeida, Jose & de Girolamo, Giovanni & de Graaf, Ron & Florescu, Silvia & Gureje, Oye & Haro, Josep Maria, & Rustov Hinkov, Hristo & Horiguchi, Itsuko & Hu, Chiyi & Nasser Karam, Aimee & Kovess-Masfety, Lee Sing & Murphy, Samuel D. & Nizamie, S. Hague & Posada-Villa, Jose & Williams, David R. & Kessler, Ronald C. (2012) Parent Psychopathology and offspring mental disorders: results from the WHO World Mental Health Surveys. The British Journal of Psychiatry. Apr;2012(4), 290-299.

Mertala, Sirpa (2011) Yhdessä tietämisen episodeja – Terveystenhuollon kompleksiset työympäristöt. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopisto: Acta Electronica Universitatis Lapponiensis 73.

Metteri, Anna (1996) Arjen tieto ja sosiaalityö terveystenhuollon moniammatillisessa työryhmässä – tietojen yhteensovitus. Teoksessa Anna, Metteri, (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto R.Y., 143-157.

Metteri, Anna (2004) Hyvinvointivaltion lupaukset ja kohtuuttomat tapaukset. Helsinki: Sosiaali- ja terveystjärjestöjen yhteistyöyhdistys.

Millon, Theodore & Grossman, Seth & Millon, Carrie & Meagher, Sarah & Ramnath, Rowena (2004) Personality Disorders in Modern Life. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

Mitleton-Kelly, Eve (2003) Ten Principles of Complexity and Enabling Infrastructures. Teoksessa Eve, Mitleton-Kelly (edit.) Complex Systems and Evolutionary Perspectives on Organisations. Amsterdam: Pergamon, 23 – 50.

Mönkkönen, Kaarina (1996) Asiantuntijasta asiantutkijaksi. Teoksessa Anna, Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto R.Y., 51 – 66.

Pellinen, Sanna (1996) Moniammatillisen työryhmän kehitysvaiheet – erikieliset yhteistyössä. Teoksessa Anna, Metteri (toim.) Moniammatillisuus ja sosiaalityö. Sosiaalityön vuosikirja 1996. Helsinki: Sosiaalityöntekijäin liitto R.Y., 129 – 142.

Peltonen, Irkka (1995) Hiekkaan piirretty. Teoksessa Esa, Eriksson & Tom Erik, Arnkil, (toim.) Ammatillaiset arvailevat toisistaan – tulkintaverkostot psykososiaalisessa työssä. Raportteja 184. Helsinki: Stakes, 190 – 273.

Puustinen, S. (2001) Suunnittelijaprofessio refleksiivisyyden puristuksessa. Yhteiskuntasuunnittelu. Vol.39, 1. s. 26 – 45.

Pärnä, Katariina (2012) Kehittävä moniammatillinen yhteistyö prosessina, Lapsiperheiden varhaisen tukemisen mahdollisuudet. Yliopistollinen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja: Sarja C, osa 341.

Pösö, Tarja (2005) Ilkeät ongelmat, hyvät käytännöt. Teoksessa Sosiaalialan menetelmien arviointi 2/2005. FinSoc-sosiaalipalvelujen evaluaatioryhmä, Helsinki: Stakes, 4 – 6.

Pösö, Tarja (2010) Havaintoja suomalaisen lastensuojelun institutionaalisesta rajasta. Janus vol. 18 (4), 324 – 336.

Rittel, Horst W. J. & Webber, Melvin M. (1973) Dilemmas in a General Theory of Planning. Policy Sciences 4, 155 169.

Schein, Edgar, H. (1987) Organisaatiokulttuuri ja johtaminen. Espoo: Weilin+Göös.

Sinko, Päivi (2004) Laki ja lastensuojelu, Juridisoituvat käytännöt sosiaalityön arjessa ja asiantuntijuuden määrittelyssä. Lisensiaatintutkimus. Helsingin yliopisto: Lapsi- ja nuorisososiaalityö, Yhteiskuntapolitiikan laitos.

Smith, Mark & Gallagher, Michael & Wosu, Helen & Stewart, Jane & Cree, Vivien E., & Hunter, Scott & Evans, Sam & Montgomery, Catherine & Holiday, Sarah & Wilkinson, Heather (2012) Engaging with Involuntary Service Users in Social Work: Findings from Knowledge Exchange Project. British Journal of Social Work, 42, 1460 – 1477.

Solantaus, Tytti (2001a) Lapset ja vanhemman mielenterveyden häiriö. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 19 – 35.

Solantaus, Tytti (2001b) Lapsi ja masentunut vanhempi: ymmärryksen merkitys. Teoksessa Matti, Inkinen (toim.) Näkymätön lapsi aikuispsykiatriassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 36 – 52.

Stevens, Irene & Cox, Pat (2008) Complexity Theory: Developing New Understandings of Child Protection in Field Settings and in Residential Child Care. British Journal of Social Work (2008) 38, 1320 – 1336.

Stevens, Irene & Hassett, Peter (2007) Applying Complexity Theory to Risk in Child Protection Practice. Childhood, 14 (1), 128 – 144.

Tapiola, Mia & Oranen, Mikko & Ranta, Klaus & Känkänen, Päivi & Tenhunen Tiina (2017) Vaativan tason palvelujen ja palvelurakenteiden uudistaminen. Teoksessa

Erityis- ja vaativan tason palvelujen työpajaprosessin raportit – Osana lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelmaa, Työpaperi 26/2017, Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 97 – 120.

Taskinen, Sirpa (2007) Lastensuojelulaki (417/2007). Soveltamisopas. Helsinki: Stakes.

Terveidenhuoltolaki 30.12.2010/1326

THL <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/lapsi-ja-perhepalveluiden-muutosohjelma-lape-/erityis-ja-vaativan-tason-palvelut/osaamis-ja-tukikeskukset-ot->. Luettu 10.10.2018

Tiittula, Liisa & Ruusuvuori, Johanna (2009) Johdanto. Teoksessa Liisa, Tiittula & Johanna, Ruusuvuori (toim.) Haastattelu, Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Jyväskylä: Vastapaino, 9 – 21.

Trotter, Chris (2002) Worker Skill and Client Outcome in Child Protection. Child Abuse Review Vol. 11, 38 – 50.

Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli (2002) Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vaininen, Satu (2011) Sosiaalityöntekijät sosiaalisen ammattilaisina. Sosiaalityöntekijöiden ja yhteistyökumppaneiden käsitykset sosiaalitoimiston sosiaalityöntekijöiden ammatillisesta toiminnasta 2000-luvun alussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto: Acta Universitas Tampereensis. Tampere University Press.

Vartiainen, Pirkko & Ollila, Seija & Raisio, Harri & Lindell, Juha (2014) Johtajana kaaoksen reunalla – kuinka selviytyä pirullisista ongelmista? Helsinki: Gaudeamus.

Yliruka, Laura & Vartio, Riitta & Pasanen, Kaisa & Petrelius, Päivi (2018) Monimutkaiset ja erityistä osaamista edellyttävät asiakastilanteet sosiaalityössä – Valtakunnallisen kyselyn tuloksia. Työpaperi 16/2018. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

# **Liite 1**

## **TEEMAHAASTATTELURUNKO**

### **Taustatiedot**

- Koulutus
- Työtehtävä
- Työkokemus nykyisessä organisaatiossa
- Näkemys työtä tukemaan laaditusta ohjeistuksesta

### **Työn luonne**

- Oman organisaation ydintehtävä
- Oman työn ydintehtävä
- Toisen organisaation ydintehtävä

### **Yhteisasiakkaat**

- Ketä ja millaisia yhteisasiakkaat ovat
- Eroavatko he muista asiakkaista
- Vanhemmuus ja sen tukeminen

### **Lastensuojelun avohuollon ja psykiatrian poliklinikan välinen yhteistyö**

- Millaista yhteistyö on arjessa
- Kokemus onnistuneesta yhteistyöstä
- Kokemus epäonnistuneesta yhteistyöstä
- Kuka käytännön asiakastyössä tekee ja mitä
- Mikä mahdollisesti jää tekemättä ja minkä vuoksi
- Asiakkaan muu verkosto ja verkoston kanssa tehtävä yhteistyö

### **Kesyt ja pirulliset ongelmat**

- Millaisia ongelmia työssä kohdataan
- Millaiset ongelmat ratkeavat
- Mihin ongelmiin ei löydetä ratkaisua, mitä siitä seuraa
- Työn kehittäminen